

REGIONE
TOSCANA



Repubblica Italiana

BOLLETTINO UFFICIALE della Regione Toscana

Parte Prima n. 52

martedì, 28 dicembre 2010

Firenze

Bollettino Ufficiale: via F. Baracca, 88 - 50127 Firenze - Fax: 055 - 4384620

Portineria

tel. 055-438.46.22

E-mail:

redazione@regione.toscana.it

Il Bollettino Ufficiale della Regione Toscana è pubblicato esclusivamente in forma digitale, la pubblicazione avviene di norma il mercoledì, o comunque ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità, ed è diviso in tre parti separate.

L'accesso alle edizioni del B.U.R.T., disponibili sul sito WEB della Regione Toscana, è libero, gratuito e senza limiti di tempo.

Nella **Parte Prima** si pubblicano lo Statuto regionale, le leggi e i regolamenti della Regione, nonché gli eventuali testi coordinati, il P.R.S. e gli atti di programmazione degli Organi politici, atti degli Organi politici relativi all'interpretazione di norme giuridiche, atti relativi ai referendum, nonché atti della Corte Costituzionale e degli Organi giurisdizionali per gli atti normativi coinvolgenti la Regione Toscana, le ordinanze degli organi regionali.

Nella **Parte Seconda** si pubblicano gli atti della Regione, degli Enti Locali, di Enti pubblici o di altri Enti ed Organi la cui pubblicazione sia prevista in leggi e regolamenti dello Stato o della Regione, gli atti della Regione aventi carattere diffusivo generale, atti degli Organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale.

Nella **Parte Terza** si pubblicano i bandi e gli avvisi di concorso, i bandi e gli avvisi per l'attribuzione di borse di studio, incarichi, contributi, sovvenzioni, benefici economici e finanziari e le relative graduatorie della Regione, degli Enti Locali e degli altri Enti pubblici, si pubblicano inoltre ai fini della loro massima conoscibilità, anche i bandi e gli avvisi disciplinati dalla legge regionale 13 luglio 2007, n. 38 (Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro).

Ciascuna parte, comprende la stampa di Supplementi, abbinata all'edizione ordinaria di riferimento, per la pubblicazione di atti di particolare voluminosità e complessità, o in presenza di specifiche esigenze connesse alla tipologia degli atti.

SEZIONE I

LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 dicembre 2010, n. 61/R

Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie.

SEZIONE I

LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 dicembre 2010, n. 61/R

Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie.

La Giunta regionale ha approvato
Il Presidente della Giunta
emana

il seguente regolamento:

SOMMARIO

PREAMBOLO

Capo I Disposizioni generali

Art. 1 - Oggetto del regolamento

Capo II Strutture sanitarie

Art. 2 - Requisiti per l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private

Sezione I Strutture sanitarie private

Art. 3 - Adempimenti a carico delle strutture sanitarie private

Art. 4 - Compiti del direttore sanitario

Art. 5 - Impegno orario e incompatibilità del direttore sanitario

Sezione II Strutture sanitarie pubbliche

Art. 6 - Ampliamento, trasformazione e trasferimento

Capo III Studi professionali

Art. 7 - Ambito di applicazione

Sezione I Adempimenti degli studi

Art. 8 - Adempimenti a carico degli studi professionali

Sezione II

Prestazioni erogabili negli studi medici che erogano prestazioni di chirurgia e di endoscopia e negli studi odontoiatrici

Art. 9 - Studi medici che erogano prestazioni di chirurgia

Art. 10 - Studi medici che erogano prestazioni di endoscopia

Art. 11 - Studi odontoiatrici

Sezione III

Criteri per la distinzione tra prestazioni invasive ed a minore invasività

Art. 12 - Criteri per la distinzione delle prestazioni invasive ed a minore invasività

Art. 13 - Elenco prestazioni a minore invasività

Sezione IV

Studi soggetti ad autorizzazione o a dichiarazione di inizio attività

Art. 14 - Studi soggetti ad autorizzazione

Art. 15 - Studi soggetti a dichiarazione di inizio attività

Art. 16 - Attività libera

Sezione V Requisiti degli studi

Art. 17 - Requisiti per gli studi soggetti ad autorizzazione

Art. 18 - Requisiti per gli studi soggetti a dichiarazione di inizio attività

Capo IV

Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private

Art. 19 - Accreditamento delle strutture pubbliche

Art. 20 - Accreditamento delle strutture private

Art. 21 - Requisiti per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie pubbliche e private

Art. 22 - Procedura per il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale

Art. 23 - Rinnovo accREDITAMENTO istituzionale

Capo V

Gruppo tecnico regionale di valutazione

Art. 24 - Criteri di scelta del gruppo tecnico regionale di valutazione

Art. 25 - Modalità di funzionamento del gruppo di valutazione

Art. 26 - Incompatibilità dei membri del gruppo di valutazione

Art. 27 - Ipotesi di astensione dei membri del gruppo di valutazione

Capo VI

Norme di prima applicazione

Art. 28 - Attestazione dei requisiti di esercizio ed accreditamento

Art. 29 - Piano di intervento

Art. 30 - Validità degli accreditamenti rilasciati

Art. 31 - Adeguamento ai requisiti

Art. 32 - Entrata in vigore

PREAMBOLO

Visto l'articolo 117, comma sesto della Costituzione;

Visto l'articolo 42 dello Statuto;

Vista la legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento);

Visto il parere del Comitato tecnico di direzione espresso nella seduta del 30 settembre 2010;

Visto il parere della Direzione generale della Presidenza;

Vista la deliberazione della Giunta regionale 29 novembre 2010, n. 1011;

Visto il parere della competente commissione consiliare espresso nella seduta del 13 dicembre 2010;

Visto il parere del Consiglio delle autonomie locali espresso nella seduta del 13 dicembre 2010;

Visto il parere della Direzione generale della Presidenza;

Vista la deliberazione della Giunta regionale 20 dicembre 2010, n. 1097;

Considerato quanto segue:

1. la legge regionale 5 agosto 2009 n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) ha demandato ad apposito regola-

mento la disciplina attuativa delle norme in materia di procedure e di requisiti di esercizio e di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private;

2. è opportuno attivare il sistema di accreditamento di eccellenza solo successivamente alla completa attuazione del sistema di accreditamento istituzionale, già di per sé particolarmente innovativo; per tale motivo i requisiti di qualità ed i correlati indicatori di valutazione e le modalità per l'attribuzione dell'accREDITAMENTO di eccellenza saranno definiti in un successivo atto regolamentare;

3. i requisiti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private di cui alla vigente normativa sono confermati in quanto tuttora tecnicamente validi, salvo i dovuti aggiornamenti e salvo l'introduzione di requisiti di esercizio per settori prima non specificamente individuati quali la genetica, la cardiologia invasiva e i servizi trasfusionali;

4. la disciplina relativa agli studi professionali è confermata sia con riguardo all'individuazione di quelli soggetti ad autorizzazione o a dichiarazione di inizio attività sia con riguardo ai requisiti di esercizio, in quanto tuttora valida e di recente introduzione nell'ordinamento regionale;

5. i requisiti per l'accREDITAMENTO istituzionale e relativi indicatori di valutazione e standard sono individuati per delineare un sistema di strutture conforme agli assetti organizzativi e strategici del sistema sanitario regionale e coerenti con il sistema regionale di valutazione delle "performance" delle aziende sanitarie e di gestione del rischio clinico;

6. è necessario prevedere un termine di novanta giorni per la conclusione del procedimento di accREDITAMENTO istituzionale nei casi in cui è necessario accertare la funzionalità delle prestazioni erogate dalla struttura rispetto alla programmazione sanitaria a causa della maggiore complessità istruttoria del procedimento;

7. l'individuazione della struttura organizzativa funzionale, oggetto di accREDITAMENTO istituzionale, nell'unità organizzativa multiprofessionale che aggrega funzioni operative appartenenti a settori omogenei di attività è effettuata in coerenza con quanto previsto dalla legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale);

8. è individuata nel 70 per cento la percentuale di requisiti richiesti per ottenere il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale in quanto ritenuta in grado di garantire sia il raggiungimento di un adeguato livello di qualità e sicurezza sia un'autonomia aziendale nella definizione degli aspetti prioritari. Nell'ambito di tale percentuale sono in ogni caso individuati i requisiti considerati essenziali, scelti ponendo l'attenzione soprattutto sui bisogni del paziente-cittadino;

9. la presenza delle diverse professionalità nel gruppo tecnico regionale di valutazione in grado di fornire l'integrazione fra le competenze teoriche e di esperienza nel settore è assicurata dalla costituzione e dallo scorrimento

della graduatoria, approvata a seguito di specifico avviso di selezione pubblica, che costituirà anche l'elenco regionale dei valutatori;

10. è necessario, per evitare conflitto di interessi, disciplinare i casi di membri del gruppo tecnico regionale di valutazione che abbiano in corso o avuto nel passato rapporti professionali con enti e soggetti del sistema di accreditamento sanitario;

11. è necessario dare applicazione alla normativa di prima applicazione prevista dalla legge, salvo per quanto riguarda i tempi di adeguamento ai requisiti di esercizio a favore degli studi professionali in quanto nulla è stato innovato rispetto a quelli vigenti;

12. è opportuno scaglionare l'attestazione del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento da parte di tutte le strutture sanitarie pubbliche in esercizio alla data di entrata in vigore del regolamento in considerazione dell'alto numero degli edifici e della loro complessità organizzativa;

13. è necessario inserire la clausola di immediata entrata in vigore del presente regolamento in considerazione delle proroghe di adeguamento previste nell'atto;

si approva il presente regolamento

Capo I Disposizioni generali

Art. 1

Oggetto del regolamento (articolo 48 l.r. 51/09)

1. Il presente regolamento, in attuazione dell'articolo 48 della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) disciplina:

- a) i requisiti per l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- b) gli adempimenti a carico delle strutture sanitarie private e degli studi professionali;
- c) i compiti, l'impegno orario e le incompatibilità del direttore sanitario delle strutture sanitarie private;
- d) i requisiti per l'esercizio degli studi professionali;
- e) gli studi professionali soggetti ad autorizzazione o a dichiarazione di inizio attività;
- f) le modalità per l'individuazione delle strutture organizzative funzionali;
- g) i requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- h) le modalità e le procedure per il rilascio e il rinnovo dell'accreditamento istituzionale per le strutture;
- i) le modalità di funzionamento del gruppo di valutazione e le ipotesi di astensione dei suoi componenti.

Capo II Strutture sanitarie

Art.2

Requisiti per l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private (articolo 3 l.r. 51/09)

1. Le strutture pubbliche e private che erogano le attività sanitarie nelle tipologie di cui all'articolo 1, comma 1, lettera a) della l.r. 51/09, sono tenute al rispetto dei requisiti organizzativi, strutturali, impiantistici e tecnologici generali e specifici di cui all'allegato A al presente regolamento.

Sezione I Strutture sanitarie private

Art. 3

Adempimenti a carico delle strutture sanitarie private (articolo 10 l.r. 51/09)

1. Il legale rappresentante della struttura sanitaria privata è tenuto a comunicare tempestivamente al comune, anche attraverso l'utilizzo di modalità telematiche ai sensi dell'articolo 3 della legge regionale 23 luglio 2009 n. 40 (Legge di semplificazione e riordino normativo 2009):

- a) le variazioni del direttore sanitario;
- b) il nominativo del medico che sostituisce il direttore sanitario in caso di assenza o impedimento;
- c) le sostituzioni e le integrazioni del personale medico e non medico, operante nella struttura;
- d) le sostituzioni e integrazioni delle attrezzature sanitarie;
- e) tutte le variazioni e trasformazioni intervenute nella natura giuridica e nella composizione della società titolare della struttura, ivi compreso il cambio di titolarità della struttura;
- f) la temporanea sospensione di una o più attività per periodi superiori ad un mese e fino a un anno prorogabile, per motivate esigenze, per un ulteriore anno;
- g) la ripresa dell'attività sospesa ai sensi della lettera f);
- h) la definitiva cessazione dell'attività.

2. È inoltre tenuto a:

- a) verificare l'assenza di incompatibilità ai sensi della normativa vigente;
- b) assicurare la presenza del direttore sanitario e del restante personale medico e non medico, previsto dal presente regolamento.

Art. 4

Compiti del direttore sanitario (articolo 11, comma 6, l.r. 51/09)

1. Il direttore sanitario cura l'organizzazione tecnico-sanitaria della struttura sotto il profilo igienico ed organizzativo ed in particolare:

- a) cura l'applicazione del documento sull'organizza-

zione e sul funzionamento della struttura proponendo le eventuali variazioni;

b) controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento di apposito elenco contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto all'attività sanitaria;

c) controlla il regolare svolgimento dell'attività sanitaria;

d) vigila sul comportamento del personale addetto ai servizi sanitari proponendo, se del caso, al legale rappresentante i provvedimenti disciplinari;

e) cura la tenuta dell'archivio sanitario;

f) propone al legale rappresentante, d'intesa con i medici responsabili, l'acquisto di apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari ed esprime il proprio parere su eventuali trasformazioni edilizie della struttura;

g) rilascia agli aventi diritto copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante l'assistito e, in caso di attività ambulatoriale, copie delle eventuali certificazioni sanitarie riguardanti le prestazioni eseguite;

h) vigila sulle condizioni igienico-sanitarie;

i) è responsabile della pubblicità sanitaria.

2. In caso di attività di ricovero il direttore sanitario ha inoltre le seguenti attribuzioni:

a) controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti o psicotrope in conformità a quanto disposto dalla normativa vigente;

b) cura l'organizzazione dei turni di guardia e di reperibilità del personale medico;

c) vigila sulla gestione del servizio farmaceutico e sulla scorta dei medicinali e prodotti terapeutici, sulle provviste alimentari e sulle altre provviste necessarie per il corretto funzionamento della struttura;

d) è responsabile per la farmacovigilanza;

e) cura l'osservanza delle disposizioni concernenti la polizia mortuaria;

f) impartisce disposizioni perché nell'ipotesi di cessazione di attività della struttura, le cartelle cliniche siano consegnate al servizio di medicina legale della azienda unità sanitaria locale competente per territorio.

Art. 5

Impegno orario e incompatibilità del direttore sanitario (articolo 11, comma 6, l.r. 51/09)

1. Per lo svolgimento delle funzioni di direttore sanitario deve essere garantito un orario congruo rispetto alle specifiche tipologie ed attività del presidio, comunque non inferiore alle dodici ore settimanali per i presidi ambulatoriali ed alle diciotto ore settimanali per i presidi di ricovero.

2. La funzione di direttore sanitario è incompatibile con la qualità di proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la struttura sanitaria.

3. La disposizione del comma 2 non si applica alle strutture ambulatoriali monospecialistiche.

Sezione II

Strutture sanitarie pubbliche

Art. 6

Ampliamento, trasformazione e trasferimento (articolo 15 l.r. 51/09)

1. In caso di realizzazione di nuove strutture, di ampliamento, trasformazione e trasferimento in altra sede di quelle esistenti, che non comportino una modifica della struttura organizzativa funzionale di cui all'articolo 19, l'attestazione in ordine al possesso dei requisiti prevista dall'articolo 15, comma 2 della l.r. 51/09 è accompagnata dall'attestazione in ordine al permanere dei requisiti di accreditamento di cui all'articolo 21.

2. Per ampliamento dell'attività si intende un aumento del numero di posti letto o l'avviamento di attività sanitarie aggiuntive rispetto a quelle precedentemente svolte; per trasformazione dell'attività si intende la modifica di attività sanitarie già comunicate alla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 15, comma 2 della l.r. 51/09.

3. La competente struttura regionale, nei casi previsti al comma 1, provvede ad aggiornare l'accreditamento rilasciato ai sensi di quanto previsto al capo IV laddove necessario.

Capo III

Studi professionali

Art. 7

Ambito di applicazione (articolo 48, comma 1, lettera e), l.r. 51/09)

1. Le disposizioni del presente capo non si applicano agli studi dei medici di medicina generale e dei medici pediatri di libera scelta convenzionati per l'esercizio dell'assistenza primaria.

Sezione I

Adempimenti degli studi

Art. 8

Adempimenti a carico degli studi professionali (articolo 25 l.r. 51/09)

1. Il titolare dello studio professionale è tenuto a comunicare tempestivamente al comune, anche attraverso l'utilizzo di modalità telematiche ai sensi dell'articolo 3 della l.r. 40/09:

a) ogni variazione che intervenga rispetto a quanto dichiarato al fine del conseguimento dell'autorizzazione o della dichiarazione di inizio attività;

- b) la temporanea sospensione dell'attività dello studio per periodi superiori ai sei mesi;
- c) la definitiva cessazione dell'attività.

2. Il titolare dello studio professionale è inoltre tenuto a curare l'organizzazione tecnico-sanitaria dello studio sotto il profilo igienico ed organizzativo.

3. Gli studi professionali associati, oltre a quanto previsto ai commi 1 e 2, comunicano tempestivamente al comune ogni variazione intervenuta nella composizione dell'associazione.

Sezione II

Prestazioni erogabili negli studi medici che erogano prestazioni di chirurgia e di endoscopia e negli studi odontoiatrici

Art. 9

Studi medici che erogano prestazioni di chirurgia (articolo 48, comma 1, lettera e), l.r. 51/09)

1. Gli studi medici che erogano prestazioni di chirurgia effettuano interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche invasive praticabili senza ricovero in anestesia topica o locale.

2. Gli studi medici che erogano le prestazioni di cui al comma 1 non possono eseguire le prestazioni di esclusiva competenza delle strutture ambulatoriali o di ricovero per acuti di seguito indicate:

- a) interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche invasive che richiedano forme di anestesia diverse dall'anestesia topica o locale;
- b) interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche invasive che richiedano la presenza di più medici della stessa o di diversa disciplina compresi i medici anestesisti.

Art. 10

Studi medici che erogano prestazioni di endoscopia (articolo 48, comma 1, lettera e), l.r. 51/09)

1. Gli studi medici che erogano prestazioni di endoscopia effettuano solo attività nelle quali l'accesso alla cavità da esplorare avvenga tramite orifizio naturale, nel rispetto delle indicazioni regionali relative alla sicurezza del paziente.

2. Le attività di endoscopia ad accesso chirurgico percutaneo possono essere effettuate esclusivamente presso strutture ambulatoriali o di ricovero per acuti.

Art. 11

Studi odontoiatrici (articolo 48, comma 1, lettera e), l.r. 51/09)

1. Gli studi odontoiatrici effettuano interventi della branca odontostomatologica praticabili in anestesia loco regionale, ad esclusione degli interventi che necessitano di anestesia totale eseguibili esclusivamente presso strutture ambulatoriali o di ricovero per acuti.

Sezione III

Criteri per la distinzione tra prestazioni invasive ed a minore invasività

Art. 12

Criteri per la distinzione delle prestazioni invasive ed a minore invasività (articolo 19, comma 1, l.r. 51/09)

1. Sono da considerare a minore invasività le procedure diagnostiche e terapeutiche invasive che soddisfano tutti i criteri di seguito indicati:

- a) non apertura chirurgica delle sierose;
- b) rischio statisticamente trascurabile di complicazioni infettive;
- c) rischio statisticamente trascurabile di complicanze immediate;
- d) previsione di non significativo dolore post-procedura.

2. Sono invasive tutte le procedure diagnostiche e terapeutiche considerate non a minore invasività individuate al comma 1.

Art. 13

Elenco prestazioni a minore invasività (articolo 19, comma 1, l.r. 51/09)

1. Sulla base dei criteri di cui all'articolo 12 sono individuate nell'allegato B al presente regolamento tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche da ricondurre alla minore invasività.

Sezione IV

Studi soggetti ad autorizzazione o a dichiarazione di inizio attività

Art. 14

Studi soggetti ad autorizzazione (articolo 17 l.r. 51/09)

1. Sono soggetti ad autorizzazione gli studi medici ed odontoiatrici di cui agli articoli 9, 10 e 11 che erogano prestazioni chirurgiche ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per il paziente, nonché procedure di diagnostica strumentale non complementare all'attività clinica con refertazione per terzi, non comprese nell'elenco di cui all'articolo 13.

2. Ai fini del presente regolamento si intende per refertazione per terzi la produzione di documentazione

utilizzabile con valore equivalente alla refertazione, contenente una valutazione diagnostica strumentale non complementare alla visita clinica.

Art. 15

Studi soggetti a dichiarazione di inizio attività
(articolo 19 l.r. 51/09)

1. Sono soggetti a dichiarazione di inizio attività gli studi medici ed odontoiatrici di cui agli articoli 9, 10, e 11 che erogano esclusivamente le prestazioni a minore invasività elencate nell'allegato B.

2. Sono altresì soggetti a dichiarazione di inizio attività gli studi medici ove l'esercizio della diagnostica strumentale non invasiva è finalizzata alla refertazione per terzi.

Art. 16

Attività libera

(articolo 48, comma 1, lettera e), l.r. 51/09)

1. L'attività degli studi medici ed odontoiatrici che effettuano solo visite o diagnostica strumentale non invasiva complementare all'attività clinica può essere esercitata in forma libera.

Sezione V

Requisiti degli studi

Art. 17

Requisiti per gli studi soggetti ad autorizzazione
(articolo 18 l.r. 51/09)

1. Gli studi soggetti ad autorizzazione devono essere in possesso dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi generali e specifici di cui all'allegato C del presente regolamento.

Art. 18

Requisiti per gli studi soggetti a dichiarazione di inizio attività (articolo 18 l.r.51/09)

1. Gli studi soggetti a dichiarazione di inizio attività devono essere in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi generali di cui all'allegato D del presente regolamento.

Capo IV

Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private

Art. 19

Accreditamento delle strutture pubbliche
(articolo 29, comma 3, l.r. 51/09)

1. Le strutture sanitarie pubbliche richiedono l'accre-

ditamento istituzionale nei casi di costituzione di nuove strutture organizzative funzionali finalizzate all'erogazione di prestazioni sanitarie intese come unità organizzative multiprofessionali che aggregano funzioni operative appartenenti a settori omogenei di attività.

2. Le strutture sanitarie pubbliche richiedono altresì l'accREDITAMENTO nei casi di modifica di strutture organizzative funzionali già esistenti.

Art. 20

Accreditamento delle strutture private
(articolo 29 l.r. 51/09)

1. Le strutture sanitarie private possono richiedere l'accREDITAMENTO con riferimento:

- a) alle strutture organizzative funzionali già autorizzate;
- b) alle singole discipline già autorizzate.

Art. 21

Requisiti per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie pubbliche e private (articolo 30 l.r. 51/09)

1. I requisiti ed i relativi indicatori di valutazione e standard base per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private, ivi compresi i requisiti ritenuti essenziali, sono individuati dall'allegato E al presente regolamento.

2. I requisiti di cui al comma 1 sono distinti in:

- a) comuni a tutte le aree clinico assistenziali;
- b) specifici delle diverse aree clinico assistenziali.

3. L'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato alle strutture sanitarie che raggiungono gli standard base per ogni singola struttura organizzativa funzionale per almeno il 70 per cento sia dei requisiti di cui al comma 2, lettera a), sia dei requisiti di cui al comma 2, lettera b), comprensivi dei requisiti ritenuti essenziali.

4. Nei casi di strutture private non organizzate per strutture organizzative funzionali, ivi comprese le strutture residenziali e semiresidenziali e le strutture ambulatoriali, l'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato alle stesse strutture che raggiungono gli standard base per almeno il 70 per cento dei requisiti di cui alla tabella 12 dell'allegato E, comprensivi dei requisiti ritenuti essenziali, con le specifiche ivi precisate.

Art. 22

Procedura per il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale (articolo 32, comma 2, l.r. 51/09)

1. Il legale rappresentante della struttura pubblica o privata presenta domanda di accREDITAMENTO alla Giunta

regionale, anche attraverso l'utilizzo di modalità telematiche ai sensi dell'articolo 3 della l.r. 40/09, utilizzando la modulistica definita con atto del dirigente della competente struttura regionale.

2. La Giunta regionale, verificata la funzionalità delle prestazioni erogate dalla struttura rispetto alla programmazione sanitaria regionale nei casi previsti dall'articolo 31 della l.r. 51/2009 e vista la dichiarazione sostitutiva o attestazione del legale rappresentante della struttura allegata all'istanza di accreditamento ai sensi dell'articolo 32, comma 2 della l.r. 51/09, rilascia l'accreditamento istituzionale.

3. L'accreditamento è rilasciato entro trenta giorni dalla presentazione della domanda. Nei casi in cui è necessario verificare anche la funzionalità delle prestazioni ai sensi dell'articolo 31 della l.r. 51/2009 l'accreditamento è rilasciato entro novanta giorni dalla presentazione della domanda.

4. Nel caso di esito negativo della verifica di funzionalità, la Giunta regionale dispone il diniego dell'accreditamento per mancata funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione regionale.

Art. 23

Rinnovo accreditamento istituzionale (articolo 29, comma 6, l.r. 51/09)

1. L'accreditamento ha durata quinquennale e può essere rinnovato previa verifica del permanere delle condizioni richieste per il rilascio con le modalità di cui al comma 2.

2. Almeno novanta giorni prima della scadenza, il legale rappresentante della struttura presenta alla Giunta regionale, anche attraverso l'utilizzo di modalità telematiche ai sensi dell'articolo 3 della l.r. 40/09, domanda di rinnovo dell'accreditamento con le modalità previste dall'articolo 22, utilizzando la modulistica allo scopo predisposta con atto del dirigente della competente struttura regionale.

3. Nelle more del provvedimento regionale di rinnovo la struttura sanitaria continua ad operare in regime di proroga.

Capo V

Gruppo tecnico regionale di valutazione

Art. 24

Criteri di scelta del gruppo tecnico regionale di valutazione (articolo 42, comma 2, l.r. 51/09)

1. Il gruppo tecnico regionale di valutazione, di

seguito denominato gruppo di valutazione, è costituito dal direttore generale della direzione generale competente per materia attingendo dall'elenco regionale dei valutatori di cui all'articolo 41 della l.r. 51/09, procedendo nell'ordine stabilito dalla graduatoria approvata con decreto del dirigente della competente struttura regionale.

2. In caso di necessità di integrazione del gruppo di valutazione a seguito di defezione, per qualunque motivo, di suoi membri, il direttore generale provvede tempestivamente alla sostituzione con le modalità di cui al comma 1.

3. Il gruppo di valutazione dura in carica tre anni. I membri possono essere confermati una sola volta consecutivamente.

Art. 25

Modalità di funzionamento del gruppo di valutazione (articolo 42, comma 2, l.r. 51/09)

1. Il gruppo di valutazione realizza le visite previste dall'articolo 42, comma 5 della l.r. 51/09, organizzandosi in sottogruppi costituiti da un minimo di due membri e un massimo di cinque a seconda dell'oggetto della verifica.

2. La Commissione regionale per la qualità e la sicurezza, di cui all'articolo 40 della l.r. 51/09, definisce gli indirizzi per la costituzione dei sottogruppi di valutatori che andranno ad eseguire le singole verifiche in coerenza alla tipologia di visite da effettuare.

3. Il coordinatore del gruppo di valutazione provvede a formare i sottogruppi sulla base degli indirizzi definiti dalla Commissione regionale per la qualità e la sicurezza e per ciascun sottogruppo di valutazione individua un coordinatore della specifica visita.

4. La visita di verifica può avere una durata massima di cinque giorni fatta eccezione per casi e situazioni eccezionali.

Art. 26

Incompatibilità dei membri del gruppo di valutazione (articolo 42, comma 2, l.r. 51/09)

1. I membri del gruppo di valutazione non possono svolgere attività di consulenza anche saltuaria e intrattenere qualsiasi rapporto professionale, anche saltuario, con società di certificazione e società di consulenza per l'assicurazione di sistemi di qualità relativamente a incarichi che interessino aziende sanitarie pubbliche e private operanti nell'ambito del territorio della Regione Toscana.

2. L'eventuale svolgimento delle attività di cui al comma 1 costituisce motivo di esclusione dal gruppo di valutazione da adottarsi con provvedimento del direttore generale della direzione generale competente.

Art. 27

Ipotesi di astensione dei membri del gruppo di valutazione (articolo 42, comma 2, l.r. 51/09)

1. I membri del gruppo tecnico di valutazione sono obbligati a dichiarare di astenersi dalle visite e di conseguenza ad essere sostituiti nei seguenti casi:

a) siano titolari di rapporto di lavoro, subordinato od autonomo, con le aziende sanitarie pubbliche o private oggetto della verifica;

b) abbiano svolto attività di consulenza nei confronti delle strutture sanitarie pubbliche o private oggetto di verifica.

2. L'eventuale mancata dichiarazione di astensione di cui al comma 1 costituisce motivo di esclusione dal gruppo di valutazione da adottarsi con provvedimento del direttore generale della direzione generale competente.

Capo VI

Norme di prima applicazione

Art. 28

Attestazione dei requisiti di esercizio ed accreditamento (articolo 49 commi 1 e 3, l.r. 51/09)

1. Tutte le strutture sanitarie pubbliche in esercizio alla data di entrata in vigore del regolamento attestano i requisiti di esercizio e di accreditamento di cui al presente regolamento, utilizzando la modulistica predisposta con decreto del dirigente regionale competente.

2. Le strutture di cui al comma 1 attestano il possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento con le seguenti modalità:

a) il possesso dei requisiti di esercizio di almeno il 40 per cento degli edifici ed il possesso dei requisiti di accreditamento di almeno il 40 per cento delle strutture organizzative funzionali entro centottanta giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento;

b) il possesso dei requisiti di cui alla lettera a) di almeno un ulteriore 30 per cento degli edifici e delle strutture organizzative funzionali entro duecentosettanta giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento;

c) il possesso dei requisiti di cui alla lettera a) sulla rimanente parte degli edifici e delle strutture organizzative funzionali entro un anno dall'entrata in vigore del presente regolamento.

3. Il dirigente regionale competente per materia, con apposito decreto, provvede a prendere atto della presentazione delle singole attestazioni di cui al comma 2. Le singole attestazioni possono essere oggetto di verifica ai sensi dell'articolo 33 della l.r. 51/09.

4. L'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato alle strutture sanitarie pubbliche che abbiano presentato tutte le attestazioni sui requisiti di esercizio ed di accREDITAMENTO di cui al comma 2.

Art. 29

Piano di intervento (articolo 49, comma 2, l.r. 51/09)

1. Nei casi di situazioni che presentino difformità rispetto ai requisiti di esercizio da possedere, le attestazioni di cui all'articolo 28 comma 2 sono presentate contestualmente al piano di intervento di cui all'articolo 16 della l.r. 51/09 relativo alla stessa parte di edificio oggetto di attestazione.

Art. 30

Validità degli accREDITAMENTI rilasciati (articolo 49, comma 6 l.r. 51/09)

1. Gli accREDITAMENTI già rilasciati alle strutture sanitarie pubbliche e private, anche a conclusione dei procedimenti di cui all'articolo 50, comma 3 della l.r. 51/09, mantengono validità fino al 31 marzo 2012.

2. Gli accREDITAMENTI delle strutture sanitarie pubbliche rilasciati dopo il 1 gennaio 2007, ad eccezione di quelli con prescrizioni, mantengono validità ai fini dell'attestazione dei requisiti di esercizio di cui all'articolo 28 comma 2.

Art. 31

Adeguamento ai requisiti (articolo 49, commi 4 e 5, l.r. 51/09)

1. Le strutture sanitarie private si adeguano ai requisiti di esercizio di cui al presente regolamento entro il 31 dicembre 2013.

2. Le strutture sanitarie private si adeguano ai requisiti di accREDITAMENTO di cui al presente regolamento entro il 31 marzo 2012. Entro tale data le strutture presentano istanza per il rinnovo dell'accREDITAMENTO.

Art. 32

Entrata in vigore

1. Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo alla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana.

Il presente regolamento è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Toscana.

La Vicepresidente
TARGETTI

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come regolamento della Regione Toscana.

Firenze, 24 dicembre 2010

SEGUONO ALLEGATI

ALLEGATO A**INDICE**

INTRODUZIONE	13
SEZIONE A - REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI TECNOLOGICI GENERALI	16
A1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI	17
A2 - REQUISITI STRUTTURALI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI GENERALI	24
SEZIONE B - REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI:	
<i>PRESTAZIONI AMBULATORIALI</i>	25
B - REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE	
STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE	26
SOTTOSEZIONE B1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
SPECIFICI: <i>PRESTAZIONI SPECIALISTICA DIAGNOSTICA AMBULATORIALI</i>	30
B1 - REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE	
STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME	
AMBULATORIALE	31
B1.1 - MEDICINA DI LABORATORIO	32
B1.2 - RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	36
B1.3 - MEDICINA NUCLEARE	39
B1.4 - CARDIOLOGIA	42
B1.5 - ENDOSCOPIA	45
B1.6 - RADIOTERAPIA	48
B1.7 - CHIRURGIA AMBULATORIALE	50
B1.8 - DIALISI	53
B1.9 - MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	55
B1.10 - MEDICINA AD INDIRIZZO ESTETICO	57
B1.11 - PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	58
B1.12 - MEDICINA DELLO SPORT	65
B1.13 - STRUTTURE DI GENETICA MEDICA	69
LABORATORIO DI GENETICA MEDICA - B1.13a	69
SERVIZIO CLINICO DI GENETICA MEDICA - B1.13b	76
B1.14 - STRUTTURE DI MEDICINA TRASFUSIONALE	82
SERVIZI TRASFUSIONALI - B1.14a	82
UNITA' DI RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI - B1.14b	100
SOTTOSEZIONE B2 - REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
SPECIFICI: <i>PRESTAZIONI DI BASE AMBULATORIALI</i>	110
B2.1 - CENTRI E PRESIDII AMBULATORIALI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	111
B2.2 - CENTRO DI SALUTE MENTALE	114
B2.3 - CONSULTORIO FAMILIARE	116
B2.4 - PRESIDII PER IL TRATTAMENTO DEI TOSSICODIPENDENTI (SERT) – CENTRO	
AMBULATORIALE	118
SEZIONE C - REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI:	
<i>PRESTAZIONI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO PER ACUTI</i>	121

C1 - REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI	122
C1.1 - PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO	127
C1.2 - RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (alta intensità di cure).....	131
C1.3 - AREA DI DEGENZA	133
C1.4 - DAY - HOSPITAL.....	136
C1.5 - DAY - SURGERY	138
C1.6 - PUNTO NASCITA - BLOCCO PARTO.....	141
C1.7 - REPARTO OPERATORIO	148
C1.8 - FRIGOEMOTECA.....	151
C1.9 - ANATOMIA PATOLOGICA.....	152
C1.10 - GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO.....	154
C1.11 - SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE	156
C1.12 - SERVIZIO DI SANIFICAZIONE ATTREZZATURE, ARREDI E DI DISINFESTAZIONE.....	158
C1.13 - SERVIZIO CUCINA - DISPENSA	160
C1.14 - SERVIZIO LAVANDERIA - GUARDAROBA	162
C1.15 - SERVIZIO MORTUARIO	163
C1.16 - PRESIDIO AUTONOMO DI DAY SURGERY	165
C1.17 - CARDIOLOGIA INVASIVA.....	169
C1.18 - SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)	171
SEZIONE D - REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI: PRESTAZIONI A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO FASE POST-ACUTA	175
D1 - REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO IN FASE POST-ACUTA.....	176
D1.1 - PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI SOGGETTI PORTATORI DI DISABILITA' FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI	177
D1.2 - PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: CENTRO DIURNO PSICHIATRICO.....	181
D1.3 - PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	183
D1.4 - STRUTTURE DI RIABILITAZIONE E STRUTTURE EDUCATIVO-ASSISTENZIALI PER I TOSSICODIPENDENTI.....	187

INTRODUZIONE

I requisiti sono articolati in 4 sezioni.

SEZIONE A

Individua i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali che tutti i soggetti devono possedere per l'esercizio delle attività sanitarie, siano esse di tipo ambulatoriale, che di ricovero a ciclo continuativo per acuti e non acuti, riportati rispettivamente in:

A1 = Requisiti organizzativi generali:

- Politica, obiettivi e attività
- Struttura organizzativa
- Gestione risorse umane
- Gestione risorse strutturali e impiantistiche
- Gestione risorse tecnologiche
- Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni
- Sistema informativo
- Informazione all'utenza.

A2 = Requisiti strutturali e tecnologie generali.

SEZIONE B

Individua i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici specifici richiesti per l'esercizio di qualsiasi tipologia di attività sanitaria erogata a livello ambulatoriale.

La Sezione B è suddivisa in due sottosezioni:

Sottosezione B1 = Requisiti per l'erogazione di prestazioni di specialistica e diagnostica

Sottosezione B2 = Requisiti per l'erogazione di prestazioni di base

Nell'ambito della sottosezione B1 vengono individuati gli ulteriori requisiti per l'esercizio, sempre a livello ambulatoriale, di specifiche tipologie di attività relativamente a:

- Medicina di Laboratorio (B1.1)
- Radiologia Diagnostica (B1.2)
- Medicina Nucleare (B1.3)
- Cardiologia (B1.4)
- Endoscopia (B1.5)
- Radioterapia (B1.6)
- Chirurgia Ambulatoriale (B1.7)

- Dialisi (B1.8)
- Medicina Fisica e Riabilitazione (B1.9)
- Medicina ad indirizzo estetico (B1.10)
- Procreazione medicalmente assistita (B1.11)
- Medicina dello sport (B1.12)
- Servizi di genetica medica (B1.13)
- Servizi di medicina trasfusionale (B1.14)

I requisiti definiti nelle sottosezioni da (B1.1) a (B1.14) costituiscono un completamento sia di quelli generali definiti in A1 e A2, sia di quelli specifici definiti in B.

Nell'ambito della sottosezione B2 vengono individuati i requisiti specifici inerenti determinati momenti organizzativi caratterizzanti l'attività territoriale di base, relativamente a:

- Centri e Presidi Ambulatoriali di Recupero e Riabilitazione Funzionale (B2.1)
- Centro di Salute Mentale (B2.2)
- Consultorio Familiare (B2.3)
- Centro Ambulatoriale per il trattamento dei Tossicodipendenti (B2.4).

I requisiti definiti nelle schede da (B2.1) a (B2.4) costituiscono un completamento sia di quelli generali definiti in A1 e A2, sia di quelli specifici definiti in B.

Alle prestazioni specialistiche eventualmente erogate si applicano i requisiti relativi alle specifiche tipologie di prestazioni.

SEZIONE C

Individua i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici specifici richiesti per l'erogazione di attività sanitarie in regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti, che completano quelli generali definiti nella sezione A (A1 e A2).

Vengono riportati in C1 il sistema di classificazione adottato ed i requisiti organizzativi specifici delle singole classi; vengono individuati inoltre una serie ulteriore di requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi connessi a determinati momenti organizzativi caratterizzanti i presidi di ricovero, relativamente a:

- Pronto soccorso ospedaliero (C1.1)
- Rianimazione e terapia intensiva (alta intensità di cure) (C1.2)
- Area di degenza (C1.3)
- Day hospital (C1.4)
- Day surgery (C1.5)
- Punto nascita-blocco parto (C1.6)
- Reparto operatorio (C1.7)
- Frigoemoteca (C1.8)
- Anatomia patologica (C1.9)
- Gestione farmaci e materiale sanitario (C1.10)
- Servizio di sterilizzazione (C1.11)

- Servizio di sanificazione attrezzature, arredi e di disinfestazione (C.12)
- Servizio cucina-dispensa (C1.13)
- Servizio lavanderia-guardaroba (C1.14)
- Servizio mortuario (C1.15)
- Presidio autonomo di day-surgery (C1.16)
- Cardiologia invasiva (C1.17)

SEZIONE D

Individua i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici specifici richiesti per l'esercizio di attività sanitarie a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta che completano quelli generali definiti nella sezione A (A1 e A2), relativamente a:

- Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali (D1.1)
- Presidi di tutela della salute mentale: centro diurno psichiatrico (D1.2)
- Presidi di tutela della salute mentale: struttura residenziale psichiatrica (D1.3)
- Strutture di riabilitazione e strutture educativo-assistenziali per i tossicodipendenti (D1.4).

Sono tenuti al rispetto dei requisiti definiti nella Sezione B tutte le strutture organizzative e funzionali che erogano prestazioni ambulatoriali, anche se operanti all'interno di presidi che erogano prestazioni di ricovero sia in fase acuta che subacuta.

SEZIONE A

REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI TECNOLOGICI

GENERALI

A1

REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

POLITICA, OBIETTIVI, ED ATTIVITA'

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.

E' adottato un documento in cui è esplicitata la *missione*, e cioè la ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira.

E' adottato un documento in cui sono esplicitate le *politiche complessive*, e cioè l'indirizzo dato dalla Direzione, che consiste nel definire i campi prioritari di azione e quali metodi adottare per raggiungere gli obiettivi.

E' adottato un documento in cui sono esplicitati gli *obiettivi*.

Gli obiettivi:

- devono essere articolati nel tempo;
- devono risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati;

E' adottato un documento in cui è esplicitata *l'organizzazione interna* generale, per singolo presidio e struttura organizzativa, con particolare riferimento a:

- l'organigramma con il quale vengono individuati i responsabili delle articolazioni operative e di supporto tecnico amministrativo e definite le loro funzioni;
- i livelli di responsabilità;
- le modalità di erogazione del servizio;
- le prestazioni e le attività erogate.

La Direzione definisce annualmente, tenuto conto del diverso grado di complessità delle prestazioni erogate, il piano di lavoro che comprende:

- la tipologia ed il volume di attività previste, generale e specifico per singolo presidio;
- il piano organizzativo, generale e specifico per singolo presidio.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Direzione definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche, generali e per singolo presidio, articolate per:

- attività ambulatoriali;
- attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e post-acuti).

La Direzione definisce le procedure amministrative generali, per singolo presidio e per struttura organizzativa e i collegamenti operativo funzionali tra i servizi tecnico-amministrativi ed i servizi sanitari, ed in particolare definisce le procedure relative a:

- prenotazione;
- modalità di pagamento;
- accesso alle prestazioni; tali procedure dovranno prevedere che la richiesta di prestazione contenga, oltre al quesito diagnostico, tutte le informazioni necessarie per l'espletamento della stessa;
- acquisizione del consenso informato;
- consegna ed invio del referto e/o del risultato, anche ai fini della tutela dei dati personali.

La Direzione relativamente ai documenti comprovanti l'attività sanitaria definisce le:

- modalità di compilazione e refertazione (le modalità di refertazione devono consentire l'identificazione dell'operatore principale e/o del responsabile);
- modalità di conservazione;
- modalità di archiviazione.

La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze o di eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici), per l'intero orario di apertura della struttura;

La Direzione definisce l'organizzazione per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Definisce, altresì, l'organizzazione e le modalità di gestione della cura del dolore all'interno delle strutture sanitarie.

GESTIONE RISORSE UMANE

La Direzione definisce il fabbisogno di personale :

- in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale;
- per posizione funzionale;
- per qualifica;
- in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività;
- in rapporto alla organizzazione dei singoli presidi, in maniera tale da garantire il corretto svolgimento delle attività secondo criteri specificati dalle normative regionali.

E' indispensabile che tutti i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente.

Le prestazioni sanitarie devono essere erogate nel rispetto delle competenze riconosciute dalla normativa vigente.

Deve essere indicato il responsabile della formazione-aggiornamento.

Deve essere predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale

La formazione e l'aggiornamento del personale coinvolto nell'attività di gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente sono parte integrante del piano.

Il personale è formato in maniera specifica, coerentemente al modello organizzativo definito (ruolo, funzioni e attività).

Deve essere documentata la partecipazione del personale sanitario addetto all'erogazione di prestazioni sanitarie, a corsi di Basic Life Support Defibrillation (BLSD) con cadenza non superiore a quattro anni.

Deve essere documentata l'attività di formazione/aggiornamento permanente del personale, in particolare:

- nel caso di acquisizione di nuove tecnologie e/o di introduzione di metodiche innovative, deve essere conservata la documentazione dell'avvenuta formazione del personale interessato al loro utilizzo/applicazione.
- per ciascun operatore esiste un fascicolo personale che raccoglie documentazione delle iniziative formative cui ha partecipato.

Devono essere formalizzate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione che preveda, per il personale sanitario addetto all'erogazione di prestazioni sanitarie, anche la partecipazione al corso di Basic Life Support Defibrillation (BLSD).

GESTIONE RISORSE STRUTTURALI E IMPIANTISTICHE

E' individuato un responsabile per gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti.

Deve esistere un piano per la manutenzione programmata e correttiva riferito alle opere civili ed impiantistiche.

Devono essere documentati gli interventi effettuati.

GESTIONE RISORSE TECNOLOGICHE

La Direzione, d'intesa con il livello sovraordinato nel caso di azienda pubblica, adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione e in particolare:

- l'inventario delle apparecchiature in dotazione è aggiornato in modo continuativo;
- la completezza dell'inventario è verificata con cadenza almeno annuale;
- l'inventario è utilizzato al fine del rinnovo tecnologico e per la programmazione dei relativi interventi;
- le informazioni devono essere disponibili sia in forma aggregata, per l'intero parco macchine, che in forma disaggregata per singola tipologia di apparecchiatura, centro di costo, classe di età, produttore;
- ogni struttura organizzativa è in possesso della parte dell'inventario relativa alle apparecchiature in dotazione.

Si devono prevedere specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici che devono tener conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche, dell'eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Si devono prevedere verifiche periodiche sullo stato delle attrezzature.

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 procedura alternativa.

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.

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.

Il piano per la manutenzione preventiva e correttiva delle apparecchiature deve rispondere a protocolli operativi che tengano conto della specifica gerarchia funzionale con particolare riferimento a:

- le grandi apparecchiature di diagnosi e cura così come individuate nei flussi ministeriali;
- gli apparecchi vitali indicati nell'apposito elenco;
- gli apparecchi accertati come critici ed individuati in apposito elenco che tenga conto delle caratteristiche di funzionamento della struttura.

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 documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi per lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore.

La documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, deve essere a corredo dello strumento e resa disponibile al responsabile della manutenzione.

Tutti gli interventi di manutenzione, sia essa preventiva che correttiva, sulle apparecchiature biomediche in dotazione devono essere documentati da un rapporto tecnico dettagliato.

Devono essere periodicamente eseguite e documentate prove strumentali sul funzionamento dei principali apparecchi biomedici 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.

Deve essere effettuato e documentato collaudo a seguito della installazione ai fini del corretto funzionamento e della sicurezza ad ogni nuova acquisizione o trasferimento di apparecchi biomedici.

GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA', LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI

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.

Nell'ambito dello staff della direzione aziendale deve essere costituita una struttura organizzativa o incarico professionale che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità e sicurezza.

Annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno o partecipa al processo di valutazione, revisione e miglioramento della qualità per la verifica continua dell'appropriatezza delle prestazioni erogate rispetto alle esigenze del paziente, favorendo il coinvolgimento di tutto il personale

I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologica, i centri trasfusionali e i servizi di diagnostica strumentale devono prevedere attività di controllo di qualità interno e partecipare ad attività di controllo di qualità esterno (laddove previsto) e a programmi di miglioramento della qualità.

In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorita la diffusione e l'utilizzo contestualizzato di Linee guida e protocolli predisposti dalle società scientifiche o da gruppi di esperti nominati dal Consiglio sanitario regionale, per una buona pratica clinica nelle varie branche/discipline specialistiche come strumento di efficacia della qualità dell'assistenza.

Inoltre devono essere predisposti con gli operatori protocolli, procedure, istruzioni operative, regolamenti interni che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le patologie e procedure più frequenti e di maggiore criticità.

Il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che vanno confermati o aggiornati almeno ogni tre anni, e deve averne facile accesso.

Devono essere predisposti documenti simili per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo e del comfort alberghiero, in particolare:

- criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);
- modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento;
- modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori;
- modalità di conservazione di tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza che preveda un sistema di verifica per il rispetto della scadenza stessa;
- modalità di gestione del servizio di pulizia e sanificazione degli ambienti;
- modalità di gestione del servizio di ristorazione;
- modalità di gestione del servizio lavanderia-guardaroba;
- modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti una attività sanitaria.

Nei casi consentiti di affidamento all'esterno di servizi, laddove non regolati da norme di settore, l'Azienda definisce specifiche modalità di gestione.

E' garantita la prevenzione dei rischi biologici.

Per i pazienti con patologie contagiose o potenzialmente tali, devono essere previsti appositi protocolli di isolamento modulari.

E' attivata la sorveglianza ed il controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali con l'individuazione delle figure professionali responsabili e l'adozione di protocolli tecnici di sorveglianza e di controllo; l'attività di sorveglianza e di controllo è documentata con rapporti annuali oggettivati mediante la formulazione e la rilevazione di indicatori specifici da redigersi da parte delle figure professionali responsabili.

SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di:

- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e dell'azienda;
- fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza, ivi compreso quello finalizzato alla elaborazione dei dati necessari per le attività di verifica e miglioramento della qualità;
- rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati, in particolare:
 - le strutture che erogano prestazioni di ricovero, di cui alla Sezione C, sono tenute ad adottare la scheda di dimissione ospedaliera;
 - l'azienda si dota di strumenti di controllo per permettere un monitoraggio sistematico della completezza della scheda di dimissione ospedaliera e della congruenza con la documentazione clinica.

La Direzione, d'intesa con il livello sovraordinato nel caso di azienda pubblica, assicura:

- l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione;
- la struttura del sistema informativo.
- le modalità di raccolta delle informazioni;
- la diffusione ed utilizzo delle informazioni;
- la valutazione della qualità del dato;
- l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, ecc..

Tutti i documenti elaborati devono soddisfare criteri di riproducibilità, accuratezza, completezza, leggibilità, in modo da rendere effettivamente utilizzabili le informazioni in essi contenute.

I criteri di qualità suddetti devono essere sottoposti ad un'attività di verifica periodica che deve essere documentata.

L'azienda si dota di strumenti di controllo della completezza della documentazione clinica relativa all'utenza (cartelle cliniche, schede ambulatoriali ecc.), all'interno della quale deve risultare identificabile l'operatore che redige, per la parte di competenza.

Le informazioni e i dati, prodotti secondo i criteri sopra elencati, devono essere utilizzati e diffusi.

Deve essere individuato un referente del sistema informativo responsabile delle procedure

Per la tenuta degli archivi devono essere definite le procedure per l'accesso in modo da rendere rintracciabili i documenti prodotti e da garantire la riservatezza e sicurezza delle informazioni anche non protette, ai sensi della normativa vigente.

INFORMAZIONE ALL'UTENZA

La Direzione predisponde, per ogni presidio, materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi:

- tipologia delle prestazioni erogate;
- procedure relative all'accesso e orari;
- operatori responsabili delle prestazioni;
- prezzo e/o tariffe;
- impegni e standard di qualità del servizio erogato (tempi di attesa per l'accesso e consegna referti, tempi consegna copia documentazione clinica, tempi risposta ai reclami);
- modalità di comunicazione all'utente delle informazioni che lo riguardano;
- modalità di consegna dei referti, anche ai fini della tutela dei dati personali;
- modalità per inoltrare reclami e/o segnalazioni..

La direzione ha definito procedure al fine di garantire una adeguata informazione all'utente circa la prestazione diagnostica/terapeutica da erogare (descrizione, rischi connessi, possibili alternative, ecc.) nonché modalità di registrazione del relativo consenso.

Ogni presidio deve essere dotato di idonea segnaletica all'esterno ed all'interno, tale da favorire l'accessibilità dell'utenza e l'individuazione dei percorsi; inoltre deve essere leggibile anche a distanza, di facile comprensione e protetta da manomissioni.

In particolare quella esterna dovrà riportare almeno:

- esatta denominazione della struttura;
- estremi dell'autorizzazione all'esercizio.

Nel caso di coesistenza di più attività sanitarie all'interno dello stesso edificio, ciascuna deve essere chiaramente identificabile.

Il personale deve essere munito di apposito tesserino di riconoscimento allo scopo di consentire all'utente l'identificazione dell'operatore.

I soggetti che partecipano al processo assistenziale nell'ambito di percorsi formativi (es: tirocinio, specializzazione post-laurea) devono essere opportunamente identificabili.

La Direzione garantisce la privacy dell'utente durante l'intero processo di erogazione delle prestazioni.

REQUISITI STRUTTURALI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI GENERALI

Tutti i presidi, in relazione alla tipologia delle attività svolte, devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- caratteristiche ambientali e di accessibilità
- protezione antisismica
- prevenzione incendi
- protezione acustica
- sicurezza elettrica e continuità di erogazione dell'energia elettrica
- sicurezza anti-infortunistica
- igiene dei luoghi di lavoro
- protezione dai rischi di radiazioni ionizzanti
- eliminazione delle barriere architettoniche
- smaltimento dei rifiuti
- condizioni microclimatiche
- impianti di distribuzione dei gas
- materiali esplosivi

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.

Alcuni requisiti specifici delle suddette normative sono analiticamente citati nell'ambito dei "Requisiti organizzativi e strutturali specifici" di talune tipologie di prestazioni, in quanto mutuati dall'Atto di indirizzo e coordinamento (D.P.R. del 14 gennaio 1997); tali requisiti non vogliono però rappresentare una scelta di priorità, in quanto devono essere rispettate, nella loro completezza, tutte le specifiche derivanti dall'applicazione delle leggi vigenti nelle materie riportate in A2.

SEZIONE B

REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI TECNOLOGICI SPECIFICI

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE

Per ambulatorio si deve intendere la struttura o luogo fisico, intra od extraospedaliero, preposto alla erogazione di prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

REQUISITI STRUTTURALI E IMPIANTISTICI

In tutti i locali devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali.

In tutti i locali deve essere assicurato un adeguato ricambio d'aria ed un adeguato comfort microclimatico ottenuto anche con impianti meccanizzati.

Ad esclusione delle attività ad integrazione socio-sanitaria deve essere garantito l'accesso al presidio indipendente da quello utilizzato per altre finalità non riferite all'attività sanitaria e deve essere esclusa ogni forma di comunicazione interna.

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

La dotazione minima di ambienti per l'attività ambulatoriale è la seguente:

spazi specifici per le funzioni direzionali;

spazi per l'attesa, accettazione, attività amministrative .

- Qualora nello stesso edificio coesistano più attività sanitarie svolte a livello ambulatoriale, gestite anche da titolarità diverse, gli spazi per l'attesa, accettazione e attività amministrative e servizi igienici per l'utenza possono essere in comune per le diverse tipologie di prestazioni erogate purché opportunamente dimensionati.
- Qualora l'attività ambulatoriale sia svolta in presidio che eroga anche prestazioni di ricovero (fase acuta e post-acuta), devono essere preferibilmente individuati percorsi di accesso differenziati fra utenti esterni e ricoverati; inoltre gli spazi di attesa devono essere differenziati fra utenti esterni e ricoverati oppure esiste una procedura che regola l'attesa differenziata tra utenti esterni e ricoverati.
- Lo spazio per l'attesa deve essere dotato di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di spazi di percorso .

servizi igienici distinti per utenti e personale:

- il servizio per gli utenti deve essere collocato sullo stesso piano della sala d’attesa e facilmente raggiungibile.

sala per l’esecuzione delle prestazioni, che garantisca il rispetto della privacy dell’utente, in particolare con area separata per spogliarsi laddove occorre, con superfici delle pareti e del pavimento facilmente lavabili e disinfettabili.

Qualora l’esecuzione della prestazione sia rivolta a più utenti in seduta collettiva, la sala deve essere attrezzata per attività di gruppo e dimensionata in rapporto al numero utenti presenti in seduta collettiva.

spazio/locale per la refertazione, ove necessario;

spazio/locali per deposito di materiale pulito;

spazio/locali per deposito di materiale sporco;

spazi o armadi per deposito materiale d’uso, attrezzature, strumentazioni.

lavabo con comandi non manuali in sala visita;

in caso di necessità di sterilizzazione il cui processo non sia affidato all’esterno, spazio/locale con lavello e piano di appoggio in materiale resistente agli acidi e alcalini fornito di acqua calda e fredda.

REQUISITI TECNOLOGICI

Il locale ambulatorio deve disporre di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell’attività svolta.

Nel caso che nel locale ambulatorio siano presenti più risorse tecnologiche di diagnostica strumentale, le stesse non possono essere usate in contemporanea su pazienti diversi.

Inoltre, deve essere previsto il carrello o attrezzatura equivalente per la gestione dell’emergenza, con la seguente dotazione minima:

- defibrillatore;
- pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee;
- apparecchio per la misurazione della pressione e fonendoscopio;
- laccio emostatico, siringhe e farmaci;
- materiale per medicazione.

Nel caso in cui vengano effettuate procedure invasive, ricerche diagnostiche con manovre complesse, oltre alla dotazione di cui sopra, il carrello deve comprendere:

- pulsiossimetro;
- aspiratore

In caso di necessità di sterilizzazione il cui processo non sia affidato all'esterno:

- un congruo numero di vasche per il lavaggio pre-sterilizzazione dello strumentario;
- apparecchiature per il processo di sterilizzazione che preveda almeno autoclave a vapore per la sterilizzazione dello strumentario e imbustatrice per strumenti.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni ambulatoriali deve possedere i seguenti requisiti organizzativi:

durante lo svolgimento della attività ambulatoriale deve essere prevista la presenza:

- di almeno un medico indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio salvo diversa specifica se prevista nella singola sottosezione;
- di una unità infermieristica durante l'orario di accesso alle prestazioni, salvo diversa specifica se prevista nella singola sottosezione;

personale in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta;

deve essere definito un elenco che identifica le prestazioni erogate per singolo presidio;

le prestazioni effettuate devono essere registrate e corredate dalle generalità riferite all'utente;

in caso di necessità di sterilizzazione le prove di efficacia di sterilizzazione della strumentazione devono essere verificate e i risultati registrati; nel caso di affidamento all'esterno del processo di sterilizzazione, deve essere documentata apposita procedura o accesso regolamentato al servizio interno di sterilizzazione;

il referto deve contenere:

- data di erogazione della prestazione, prestazione ed identificazione utente;
- identificazione dell'operatore responsabile.

Se richiesto dalla tipologia di prestazione, il referto contiene inoltre:

- descrizione sintetica del problema esposto e dei dati clinici;
 - eventuali premedicazioni, indagini diagnostiche e farmaci utilizzati;
 - conclusioni diagnostiche;
 - accertamenti e/o terapie e/o programmi riabilitativi.
- Le registrazioni e le copie dei referti vanno conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente.

- il referto deve essere consegnato all'utente.

Ove vengano eseguite procedure invasive devono essere presenti, in relazione al tipo di attività, adeguate modalità di approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione di materiali e/o strumenti impiegati per interventi invasivi per vie naturali, solo sterilizzazione per interventi invasivi per vie neoformate.

Deve esistere una pianificazione temporale delle visite al fine di ridurre al minimo i tempi di attesa ed il disagio per gli utenti.

L'orario di accesso alle prestazioni deve essere compatibile con la corretta esecuzione delle stesse.

SOTTOSEZIONE B1

REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI TECNOLOGICI SPECIFICI

PRESTAZIONI SPECIALISTICA DIAGNOSTICA AMBULATORIALI

B1

**REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI
SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE**

Le strutture che erogano prestazioni di attività specialistica in ambito ambulatoriale sono classificate in:

classe 1°- strutture ambulatoriali extraospedaliere collocate in presidi che non erogano prestazioni di ricovero.

classe 2°- strutture ambulatoriali intraospedaliere collocate in presidi che erogano prestazioni di ricovero per acuti.

Le prestazioni individuate con la lettera "H" nel nomenclatore tariffario regionale sono erogabili solo in strutture ambulatoriali di classe 2°.

B1.1

MEDICINA DI LABORATORIO

L'attività di medicina di laboratorio, comprensiva dell'attività di prelievo, produzione degli esami e relativa refertazione (fase pre-analitica, analitica e post-analitica), fornisce informazioni ottenute con metodi chimici, fisici o biologici su tessuti o liquidi di origine umana o su materiali connessi alla patologia umana, ai fini della prevenzione, della diagnosi, del monitoraggio della terapia e del decorso della malattia e ai fini della ricerca. Può fornire consulenza su quesiti clinici ed epidemiologici in relazione alle specifiche problematiche di laboratorio.

La tipologia di prestazioni eseguite nei diversi laboratori e la dotazione strumentale hanno un diverso grado di complessità commisurato alla realtà sanitaria ed alla tipologia dei quesiti diagnostici posti al laboratorio.

I servizi di medicina di laboratorio si distinguono in:

Laboratori generali di base: sono laboratori ad organizzazione semplice ed unitaria che possono svolgere indagini nell'ambito delle discipline di patologia clinica, biochimica clinica e microbiologia e virologia, ad esclusione della genetica medica.

Laboratori monodisciplinari: esplicano indagini diagnostiche specialistiche ad elevato livello tecnologico e professionale nell'ambito delle discipline di cui al punto 1 compresa la genetica medica di cui alla sottosezione B1.13.

Laboratori generali pluridisciplinari: sono laboratori ad organizzazione complessa che, per carico di lavoro, per varietà di tipologia analitica e complessità dei quesiti diagnostici posti, necessitano di una articolazione differenziata in strutture organizzative professionali e di tecnologie di livello superiore e di specifiche competenze professionali. Tali laboratori possono svolgere indagini diagnostiche nell'ambito delle discipline di cui al punto 1 compresa la genetica medica di cui alla sottosezione B1.13.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e B sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

La dotazione minima di ambienti per l'attività di medicina di laboratorio è la seguente:

spazio/locale per il prelievo, che consenta il rispetto della privacy dell'utente debitamente separato dal locale di esecuzione delle analisi. La sala prelievo deve essere dotata di un lavabo con comandi non manuali; ogni singolo spazio destinato al prelievo deve essere dotato di poltrona da prelievo reclinabile/lettino.

Laddove non sia presente lo spazio/locale per il prelievo, deve essere previsto almeno un punto di prelievo decentrato ubicato nel territorio dello stesso Comune;

almeno un locale per l'esecuzione delle analisi, nonché almeno un locale per ogni struttura organizzativa professionale; se vengono svolte indagini nell'ambito della microbiologia deve essere previsto un locale apposito;

locale per il trattamento del materiale d'uso ove non previsto utilizzo esclusivo di materiale monouso.

REQUISITI PUNTO DI PRELIEVO DECENTRATO

Il punto di prelievo decentrato deve prevedere:

- area di attesa dotata di servizi igienici dedicati all'utenza ambulatoriale e di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi;
- locale per il prelievo che consenta il rispetto della privacy dell'utente dotato di poltrona da prelievo reclinabile/lettino e di un lavabo con comandi non manuali;

L'attività del punto di prelievo decentrato, data la peculiarità di tempi e modalità di utilizzo, può essere svolta in locale destinato in orario diverso ad altra attività sanitaria, anche per conto di altro titolare.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Devono essere garantite idonee condizioni microclimatiche nel rispetto dei seguenti parametri:

- $T = 20 - 26 \text{ }^\circ\text{C}$
- $U\% = 40 - 60\%$

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il personale sanitario deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate. E comunque devono essere garantiti :

un biologo o chimico in possesso della laurea specialistica o un medico in possesso della specializzazione in una delle discipline di cui al punto 1 o disciplina equipollente;

un tecnico sanitario di laboratorio biomedico per tutto l'orario di svolgimento dell'attività analitica ;

un medico o un'unità infermieristica o altra figura abilitata per l'attività di prelievo;

per ogni struttura organizzativa professionale deve essere garantito un responsabile in possesso della specializzazione in una delle discipline di cui al punto 1 o disciplina equipollente compresa la genetica medica.

E' presente un documento che descrive tutti i servizi/prestazioni offerti dal laboratorio ed in cui sono esplicitati gli esami che vengono eseguiti direttamente - con quali metodiche ed attrezzature - e quelli che vengono inviati ad altre strutture.

Va mantenuta registrazione di tutti i laboratori esterni a cui si ricorre e va conservata la documentazione di tutte le analisi ad essi inviate per il periodo di almeno un anno.

Devono esistere documenti di servizio (regolamenti interni o linee guida) per lo svolgimento delle principali attività di gestione, concordati con i servizi competenti.

In particolare:

- riconoscimento degli utenti;
- identificazione dei campioni;
- trasferimento del materiale biologico dal/dai punto/i di prelievo al laboratorio;
- approvvigionamento e gestione dei reagenti e farmaci;
- processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione , decontaminazione, ecc.);
- smaltimento dei rifiuti.

Reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione devono presentare etichette che ne indichino: identità, titolo o concentrazione, condizioni di conservazione raccomandate, data di preparazione e di scadenza, ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto. Nessun materiale deve essere utilizzato oltre la data di scadenza.

Deve esistere un sistema di archiviazione che contenga almeno:

- i risultati degli esami sugli utenti (conservati per almeno un anno);
- i risultati dei controlli di qualità interni conservati per almeno un anno e quelli esterni per almeno tre anni e relativa documentazione.

Deve esistere un manuale delle procedure diagnostiche, contenente per ogni esame almeno:

- criteri di accesso e modalità di richiesta delle prestazioni;
- preparazione dell'utente agli esami;
- modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione;
- modalità di compilazione, trasmissione e consegna dei referti.

I referti devono indicare chiaramente se le analisi provengono da laboratori esterni rispetto a quello che redige i referti.

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

Il laboratorio deve svolgere programmi di Controllo Interno di Qualità e partecipare a programmi di Valutazione Esterna di Qualità promossi dalla Regione, o, in assenza di questi, a programmi validati a livello nazionale o internazionale.

Il laboratorio effettua il controllo di qualità anche per i sistemi “point of care Testing (POCT)”

Presso ogni laboratorio:

deve esistere un opuscolo informativo sul Servizio per gli utenti che deve contenere almeno le modalità di accesso;

deve poter essere possibile il ritiro dei referti in tutti i giorni feriali e in almeno alcuni pomeriggi della settimana.

B1.2

RADIOLOGIA DIAGNOSTICA

Le strutture di diagnostica per immagini svolgono indagini strumentali ai fini diagnostici e/o di indirizzo terapeutico utilizzando sorgenti esterne di radiazioni ionizzanti e altre tecniche di formazione dell'immagine.

Vengono individuati i requisiti da applicarsi alle strutture che erogano prestazioni ambulatoriali in ambito extraospedaliero e in ambito ospedaliero limitatamente ai presidi che svolgono attività di ricovero in regime di elezione programmata.

Può essere previsto anche l'utilizzo di diagnostica per immagini su mezzo mobile. Il rispetto delle condizioni igienico ambientali e di sicurezza deve essere assicurato tenendo conto della peculiarità del mezzo mobile.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e B sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

La dotazione minima di ambienti per l'attività di diagnostica per immagini, in relazione all'attività svolta, è la seguente:

una sala di radiodiagnostica con annesso spazio/spogliatoio per gli utenti e, nel caso di esami contrastografici, servizio igienico dedicato e comunicante; nel caso di presenza di più sale è sufficiente che almeno una sia dotata di un servizio igienico dedicato e comunicante per l'esecuzione degli esami contrastografici. Il servizio igienico deve essere accessibile ai disabili;

una sala per esami di diagnostica TC, qualora previsti, con annesso spazio/spogliatoio per gli utenti;

una area per esami di diagnostica RM, qualora previsti, rispondente ai requisiti stabiliti dalla normativa vigente con annesso spazio/spogliatoio per gli utenti;

un'area/spazio di comando e controllo a servizio delle diagnostiche;

un locale per l'esecuzione degli esami ecografici qualora previsti con annessi spazio/spogliatoio per gli utenti e servizio igienico dedicato e adiacente. Nel caso di più diagnostiche ecografiche è sufficiente che almeno una sia dotata di un servizio igienico dedicato e adiacente. Il servizio igienico deve essere accessibile ai disabili;

un locale/spazio per la conservazione e il trattamento del materiale sensibile laddove si utilizzino immagini di tipo analogico.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- ricambi d'aria pari a 6 V/h
- T = 20 – 26 °C
- U% = 40 – 60%

REQUISITI TECNOLOGICI

La dotazione strumentale deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle attività erogate .

La dotazione strumentale minima delle strutture di radiologia diagnostica tradizionale che utilizzano radiazioni ionizzanti, in relazione all'attività svolta, prevede:

- Rx dentarie: Ortopantomografo; sistema di rilevazione analogico o digitale.
- Mammografia: Mammografo ; sistema di rilevazione analogico o digitale.
- Esami radiologici diretti : stativo pensile o a colonna con generatore ad alta frequenza, di potenza non inferiore a 50 KW, teleradiografo e tavolo orizzontale con dispositivo antidiffusione (Potter-Bucky); sistema di rilevazione analogico o digitale.
- Esami radiologici contrastografici: tavolo telecomandato con intensificatore di brillantezza e impianto televisivo con seriografo (in alternativa detettore digitale dinamico); generatore ad alta frequenza, di potenza non inferiore a 50 KW ; tubo radiogeno a doppia macchia focale e ad anodo rotante; dispositivo antidiffusione (Potter-Bucky); sistema di rilevazione analogico o digitale.
- Mineralometria ossea (MOC): apparecchiatura dedicata a raggi X o a ultrasuoni, con software di valutazione automatica di tipo quantitativo.
- Tomografia Computerizzata : apparecchio TC con tecnologia spirale (elicoidale, volumetrica).

Le prestazioni di radiologia tradizionale specialistica devono essere eseguite con apparecchiature dedicate.

La dotazione strumentale minima per erogare prestazioni ecografiche è costituito da: un ecografo dotato di almeno due sonde dedicate rispettivamente allo studio delle parti profonde e delle parti superficiali.

La dotazione strumentale per esami di diagnostica RM deve essere rispondente ai requisiti previsti dalla normativa vigente.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni di diagnostica per immagini deve possedere i seguenti requisiti organizzativi:

il personale sanitario deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate; e comunque devono essere garantiti:

un medico specialista in radiodiagnostica;

un tecnico sanitario di radiologia medica per postazione di lavoro attiva per tutto l'orario di accesso alle prestazioni;

un'unità infermieristica presente durante l'esecuzione di esami contrastografici ;

L'attività ecografica può essere svolta oltre che dal medico radiologo, anche da un medico di altra specialità limitatamente all'esercizio della stessa; tale attività può essere praticata anche in assenza del personale tecnico.

Durante l'esecuzione di esami contrastografici deve essere garantita la presenza nella struttura di radiodiagnostica del medico radiologo;

durante l'esecuzione di esami contrastografici con somministrazione per via parenterale di mezzi di contrasto, deve essere garantita l'immediata disponibilità di un medico specialista in anestesia e rianimazione nell'ambito del presidio.

Attivazione di un sistema di controllo di qualità; il controllo di qualità deve essere documentato.

Presso ogni struttura di diagnostica per immagini è previsto l'obbligo di comunicare all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, i tempi di consegna dei referti. Il referto deve essere accompagnato da adeguata documentazione iconografica per ciascuna tipologia di indagine.

Prima della effettuazione della procedura diagnostica devono essere verificate:

- l'appropriatezza o giustificazione clinica della proposta medica;
- la possibilità di soddisfare il quesito clinico con procedure che non erogano dose radiante al paziente;
- la possibilità di fornire il supporto diagnostico richiesto mediante utilizzo di una stessa procedura eseguita in tempi precedenti;
- l'assenza di condizioni fisiologiche controindicanti l'impiego di radiazioni ionizzanti.

Le risultanze di queste verifiche devono essere sottoposte al paziente unitamente alle informazioni tecnico-amministrative ed organizzative previste dal proprio regolamento.

B1.3

MEDICINA NUCLEARE

La Medicina nucleare consiste in attività diagnostica e/o terapeutica mediante l'impiego delle proprietà fisiche del nucleo atomico ed in particolare di radionuclidi artificiali. Questi ultimi sono impiegati per scopo diagnostico sia in vivo che in vitro.

Sono inoltre impiegati, in forma "non sigillata" come tali o legati a specifiche molecole di supporto, per scopi terapeutici.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e B sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

La dotazione minima di ambienti per l'attività di medicina nucleare è la seguente:

locale somministrazione all'utente di radiofarmaci; in questo locale sono disponibili tutti i sistemi di radioprotezione e di monitoraggio previsti dall'esperto qualificato e riportati nel Regolamento Interno e tutti i sistemi di primo intervento per l'emergenza;

sala di attesa calda per gli utenti iniettati; il modello organizzativo e le condizioni strutturali sono tali da garantire il mantenimento della dose ambientale entro i limiti di legge;

zona filtro con locali spogliatoio differenziati;

servizi igienici per pazienti che hanno ricevuto somministrazione di radiofarmaci con scarichi controllati;

un locale destinato ad ospitare la gamma camera;

camera calda - locale a pressione negativa, per stoccaggio e manipolazione radiofarmaci e altri prodotti radioattivi.

In caso di attività diagnostica in vitro, questa dovrà svolgersi in locali chiaramente separati dall'attività in vivo.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- ricambi d'aria pari a 6 V/h
- T = 20 – 26 °C
- U% = 40 – 60%

REQUISITI TECNOLOGICI

La dotazione minima tecnologica delle strutture di medicina nucleare deve prevedere:

adeguati sistemi di monitoraggio; i sistemi di monitoraggio e di misura delle sorgenti radioattive devono essere adeguati alle dimensioni delle risorse impiegate (area di lavoro, personale, tipo e quantità giornaliera di materiali radioattivi impiegati e/o manipolati) e della attività svolta.

una gamma camera connessa con un sistema digitalizzato di acquisizione-elaborazione dati ed immagini e dotata di accessori per “scintigrafia totale corporea” e “tomografia a fotone singolo (SPET)”;

strumentazione base di un laboratorio di analisi chimico-cliniche, in caso di attività diagnostica in vitro;

la strumentazione deve comprendere anche un sistema di misura di radiazioni ionizzanti per campioni biologici;

strumentazione accessoria per specifiche prestazioni dichiarate nel repertorio (sistema di erogazione di indicatori di ventilazione polmonare, cicloergometro per esami cardiologici, etc.)

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il personale sanitario deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate e comunque devono essere garantiti:

un medico specialista in medicina nucleare o disciplina equipollente presente per l'intero orario di accesso alle prestazioni;

un tecnico sanitario di radiologia medica per postazione di lavoro attiva durante tutto l'orario di accesso alle prestazioni;

un'unità infermieristica per l'intero orario di accesso alle prestazioni.

Il personale medico operante deve possedere la specializzazione in medicina nucleare o disciplina equipollente;

nelle strutture con “apparecchiature complesse” deve essere disponibile il fisico sanitario.

Attivazione di un sistema di controllo di qualità; è disponibile documentazione in cui è dichiarata la metodologia, la frequenza, la responsabilità del Controllo di Qualità delle risorse (strumenti, radiofarmaci, radiodiagnostici, risorse umane), dei risultati (intra- ed inter-laboratori), dei processi. I risultati ed i relativi indicatori sono conservati in apposito registro;

presso ogni struttura di medicina nucleare è previsto l'obbligo di comunicare all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, i tempi di consegna dei referti;

prima della effettuazione della procedura diagnostica o terapeutica devono essere verificate:

- l'appropriatezza o giustificazione clinica della proposta medica;
- la possibilità di soddisfare il quesito clinico con procedure che non erogano dose radiante al paziente;
- la possibilità di fornire il supporto diagnostico richiesto mediante utilizzo di una stessa procedura eseguita in tempi precedenti;
- l'assenza di condizioni fisiologiche controindicanti l'impiego di radiazioni ionizzanti.

Le risultanze di queste verifiche devono essere sottoposte al paziente unitamente alle informazioni tecnico-amministrative ed organizzative previste dal proprio regolamento;

qualora vi fosse disponibilità di una sola gamma camera, si dovrà provvedere alla formalizzazione di un protocollo di collaborazione con un'altra unità operativa di medicina nucleare, in modo da garantire la continuità terapeutica in caso di guasto alle apparecchiature per tutti gli esami diagnostici eseguiti in tempo differito rispetto alla somministrazione del radiofarmaco.

B1.4

CARDIOLOGIA

Le strutture organizzative che erogano prestazioni di cardiologia svolgono indagini cliniche e strumentali ai fini diagnostici e/o di indirizzo terapeutico utilizzando metodi fisici, per lo studio della struttura e della funzione del cuore e dell'albero circolatorio.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e B sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

Nel caso in cui vengano erogate prestazioni di ecocardiografia e di ergometria devono essere garantiti inoltre i seguenti requisiti:

Ecocardiografia:

Per le strutture organizzative che effettuano Ecocardiografia Transesofagea ed Ecostress:

la sala per l'esecuzione delle prestazioni deve essere di dimensioni adeguate a consentire facile accesso ad almeno due operatori, a facilitarne il movimento in caso di manovre rianimatorie e ad ospitare le ulteriori attrezzature specifiche.

Nei casi di utilizzo di disinfettanti ad alta disinfezione per il trattamento della sonda transesofagea si rinvia alla normativa specifica in proposito.

Ergometria:

La sala per l'esecuzione delle prestazioni deve essere di dimensioni adeguate a consentire facile accesso ad almeno due operatori, a facilitarne il movimento in caso di manovre rianimatorie e ad ospitare le ulteriori attrezzature specifiche.

REQUISITI TECNOLOGICI

La dotazione strumentale minima delle strutture di cardiologia prevede diverse tipologie a seconda dei settori diagnostici:

Ecocardiografia:

Ecocardiografo Mono- e Bidimensionale, con sistema Doppler pulsato, continuo ed a codice di colore, dotato di almeno due sonde, una a bassa ed una ad alta frequenza, con sistema automatico interno di misurazioni e con monitoraggio elettrocardiografico.

Per le strutture che effettuano Ecostress deve essere presente un elettrocardiografo a 3 canali, uno sfigmomanometro a mercurio montato su colonna, mobile, con bracciali di varie dimensioni

Ergometria:

Poligrafo con monitor minimo 3 canali monitorati in continuo e 12 derivazioni visualizzabili; possibilità di stampa immediata di ecg 12 derivazioni;

sfigmomanometro a mercurio montato su colonna, mobile, con bracciali di varie dimensioni;

pedana scorrevole (elevazione fino al 20%, velocità incrementabili, pedana > 127x40 cm., posapiedi laterali, ringhiera frontale e laterale, bottone per arresto d'emergenza, presa d'alimentazione dedicata) e/o cicloergometro a freno elettromagnetico (almeno 300 Watt di potenza);

Elettrocardiografia Dinamica:

Analizzatore;

registratore/i

elettrocardiografo a 3 canali

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il personale sanitario deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate a seconda dei vari settori ed in particolare:

Ecocardiografia:

Deve essere garantita:

la presenza di un medico specializzato in cardiologia o disciplina equipollente per l'intero orario di accesso alle prestazioni;

la disponibilità di una unità infermieristica nell'ambito del presidio.

Ecocardiografia Transesofagea, Ecostress, Ergometria:

Deve essere garantita la presenza contemporanea di un cardiologo e di un'unità infermieristica per l'intero orario di accesso alle prestazioni.

Elettrocardiografia Dinamica:

Durante il montaggio dell'apparecchiatura deve essere garantita:

- la presenza di un'unità infermieristica;
- la disponibilità di un cardiologo nell'ambito del presidio.

B1.5

ENDOSCOPIA

Le attività di endoscopia si caratterizzano per l'accesso alla cavità da esplorare che può essere o un orifizio naturale o un accesso chirurgico percutaneo.

Nel caso di endoscopia tramite accesso chirurgico percutaneo valgono i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi definiti per la chirurgia ambulatoriale e/o per la day surgery, in riferimento alla complessità delle procedure.

Le attività di endoscopia che utilizzano gli orifizi naturali (endoscopia digestiva, ginecologica, otorinolaringoiatrica, tracheobronchiale, urologica) sono eseguibili sia in ambito ambulatoriale intra ed extraospedaliero, che di ricovero.

Le strutture organizzative che erogano prestazioni di endoscopia svolgono indagini strumentali a fini diagnostici e/o terapeutici mediante strumentazione specificatamente dedicata a cui possono essere associate altre strumentazioni a scopo diagnostico (radiazioni ionizzanti o ultrasuoni) o terapeutico (sorgenti diatermiche, laser o altre).

Nello specifico vengono individuati i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi necessari per l'erogazione di prestazioni di endoscopia che utilizzano orifizi naturali.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e B sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, e comunque devono essere assicurati:

una sala per endoscopia, con spogliatoio e servizio igienico dedicato;

un locale/spazio dedicato all'osservazione ;

un locale/spazio adeguato per lavaggio ed alta disinfezione degli strumenti;

un locale/spazio per la sterilizzazione o accesso regolamentato al Servizio di sterilizzazione per gli strumenti ed accessori sterilizzabili o procedura che regolamenti l'affidamento all'esterno ;

accesso regolamentato, se richiesto dalla specifica procedura, ad una sala radiologica idonea o disponibilità nella sala endoscopica delle risorse tecnologiche e professionali di diagnostica radiologica, secondo la normativa vigente.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- ricambi d'aria pari a 3 V/h
- T = 20 – 26 °C
- U% = 40 – 60%
- classe dei filtri > 10-11 (95- 99,97%)

Oltre i requisiti generali di sicurezza e protezione, devono essere previsti:

il locale/spazio per lavaggio ed alta disinfezione deve essere dotato di lavello in acciaio inox fornito di acqua calda e fredda con rubinetteria non manuale;

una cappa aspirante nell'ambiente di pulizia-disinfezione degli endoscopi per la protezione dai vapori (es glutaraldeide), qualora non si disponga di sistemi di lavaggio-disinfezione a circuito chiuso;

REQUISITI TECNOLOGICI

La dotazione di strumenti ed accessori deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, e comunque devono essere assicurati, a seconda dei settori interessati sottospecificati, le seguenti dotazioni strumentali:

Endoscopia Digestiva e Tracheobronchiale:

la presenza di un numero di endoscopi, fonti di luce, accessori tale da permettere il completamento delle indagini terapeutiche anche in caso di guasti o rotture improvvise;

un saturimetro digitale per sala endoscopica;

un lavaendoscopi o idonea attrezzatura per alta disinfezione;

un carrello per la gestione delle emergenze cardiovascolari e respiratorie completo di attrezzatura per monitoraggio.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il personale sanitario deve essere adeguato al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate, e comunque devono essere garantiti:

un medico appartenente alla disciplina inerente l'attività svolta o disciplina equipollente, presente per l'intero orario di accesso alle prestazioni;

un'unità infermieristica per l'intero orario di accesso alle prestazioni;

la disponibilità nel presidio di un medico anestesista in caso di emergenze.

protezioni ed abbigliamenti protettivi in presenza di vapori, rischi biologici ed apparecchi radiologici.

Il raggiungimento dell'alta disinfezione degli endoscopi e degli accessori deve essere periodicamente verificata ed i risultati registrati.

La presenza di un documento che preveda i processi da attivare in caso di guasti o rotture improvvisi delle apparecchiature durante l'esecuzione di indagini diagnostiche.

B1.6

RADIOTERAPIA

L'attività di radioterapia è svolta mediante l'impiego di fonti radioattive e di sorgenti di radiazioni ionizzanti ed è diretta al trattamento della malattia neoplastica e, in casi selezionati, al trattamento di patologie non neoplastiche, a carattere malformativo e/o cronico degenerativo.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e B sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

La dotazione minima di ambienti per l'attività di radioterapia è la seguente:

aree di attesa per gli utenti trattati;

una sala di simulazione;

un bunker di terapia;

un locale per la conformazione dei campi di irradiazione, per la contenzione e la protezione dell'utente in corso di terapia, per la verifica dosimetrica;

un locale visita;

un locale per trattamenti farmacologici brevi;

un locale per la conservazione e manipolazione delle sostanze radioattive nel caso in cui vengano utilizzate;

uno o più spogliatoi per gli utenti in relazione alle sale di terapia e alle sale visite presenti e comunicanti con le stesse.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- ricambi d'aria pari a 6 V/h
- $T = 20 - 26$ °C
- $U\% = 40 - 60\%$

REQUISITI TECNOLOGICI

Simulatore per radioterapia ovvero la piena disponibilità di una diagnostica radiologica (convenzionale o computerizzata) dedicata alla definizione tecnica e pianificazione dei trattamenti;

unità di terapia a fasci collimati (telecobalto terapia, acceleratore lineare);

attrezzatura per la valutazione della dose singola e dei relativi tempi di trattamento;

apparecchiature per il controllo dosimetrico clinico.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Ogni unità di radioterapia deve assicurare i seguenti requisiti minimi organizzativi:

il personale sanitario deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate e comunque devono essere garantiti almeno:

un medico specialista in radioterapia o disciplina equipollente che deve essere presente per l'intero orario di accesso alle prestazioni;

due tecnici sanitari di radiologia medica che svolgono, per tutto l'orario di apertura al pubblico, le operazioni di loro spettanza sotto la costante supervisione del medico specialista in radioterapia, garantendo comunque un tecnico di radiologia per ogni postazione;

la presenza di un'unità infermieristica per l'intero orario di accesso alle prestazioni.

Indipendentemente dal numero dei pazienti trattabili deve essere disponibile il fisico sanitario;

attivazione di un sistema di controllo di qualità;

ad ogni unità di radioterapia deve essere garantita, in caso di necessità, la possibilità di accesso ad un settore di degenza ove sia possibile l'assistenza dei pazienti trattati;

qualora vi fosse disponibilità di una sola unità di terapia, si dovrà provvedere alla formalizzazione di un protocollo di collaborazione con un'altra unità operativa di radioterapia, in modo da garantire la continuità terapeutica in caso di guasto alle apparecchiature.

B1.7

CHIRURGIA AMBULATORIALE

Con il termine chirurgia ambulatoriale si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici ed anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive, senza ricovero, in ambulatorio, che consentano all'utente autonomia motoria e piena vigilanza entro le due ore successive alla conclusione dell'intervento e non necessitino di assistenza continuativa post-intervento. Sono escluse le procedure diagnostiche e/o terapeutiche individuate a minore invasività dalla normativa regionale.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e B sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

La dotazione specifica di ambienti per la chirurgia ambulatoriale è la seguente:

zona preparazione personale addetto costituita da:

- uno spazio da adibire a spogliatoio per il personale sanitario (separato dal locale chirurgico);
- uno spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico (anche all'interno del locale chirurgico).

zona preparazione paziente:

- uno spazio-spogliatoio separato dal locale chirurgico per l'utente che debba subire un atto chirurgico;

locale chirurgico;

zona sosta paziente:

- uno spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento. Tale spazio può essere opportunamente individuato all'interno del locale visita;

deposito materiali sterili e strumentario chirurgico. Può essere situato all'interno dello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione del personale e deve essere costituito da:

- un armadio lavabile per la rimessa dei ferri chirurgici e per la conservazione del materiale sterilizzato, mantenuto in adatte confezioni o cestelli metallici;
- un armadio lavabile per la rimessa dei farmaci e del materiale monouso.

locale visita:

- un locale, anche non contiguo, adibito a studio medico per visita o medicazione;

lo spazio per la sterilizzazione può essere previsto all'interno del locale chirurgico e in comune con lo spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico;

le superfici devono risultare ignifughe, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento. Quest'ultimo deve essere resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antisdrucciolo.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- ricambi d'aria pari a 3 V/h
- T = 20 – 26 °C
- U% = 40 – 60%

Classe dei filtri > 10-11 (95- 99,97%)

Nello spazio riservato alla preparazione del personale deve essere presente:

- un lavello per il lavaggio dei sanitari con rubinetteria non manuale.

Nel caso in cui vengano eseguiti interventi in anestesia generale, il locale chirurgico deve possedere le seguenti caratteristiche:

- temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24°C
- umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60% ottenuta con vapore
- ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 15 v/h
- filtraggio aria 99.97%
- impianto di erogazione ossigeno e impianto prese vuoto. Se presente impianto gas anestetici deve essere presente impianto di aspirazione direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia
- disponibilità di acqua di raffreddamento per apparecchi laser, quando necessario
- stazioni di riduzione della pressione per il locale chirurgico doppie per ogni gas medicale tecnico tali da garantire un adeguato livello di affidabilità
- impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali

REQUISITI TECNOLOGICI

Tutto lo strumentario degli ambulatori chirurgici deve essere in monouso o in acciaio inossidabile o in leghe o in metalli non ossidabili e deve essere idoneo al tipo di chirurgia esercitata.

Gli arredi utilizzati sono realizzati in acciaio inossidabile o comunque metalli non ossidabili.

Per ogni locale chirurgico:

- lettino chirurgico;
- elettrobisturi;
- un aspiratore chirurgico con relativi sondini;
- lampada scialitica;
- un tavolino servitore;
- un supporto per contenitore di rifiuti chirurgici;

Al solo scopo di fronteggiare eventuali emergenze deve altresì essere presente, ad integrazione di quanto previsto come dotazione del carrello, un elettrocardiografo

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

per ogni paziente deve essere approntata una scheda clinica ambulatoriale in cui siano riportate la diagnosi, gli eventuali esami e condizioni cliniche, le prestazioni effettuate e le prescrizioni terapeutiche;

deve essere altresì approntato un registro ambulatoriale in cui devono essere riportati, per ciascun paziente, la diagnosi, la descrizione dell'intervento eseguito, le eventuali tecniche di anestesia e/o sedazione e/o analgesia utilizzate, i nominativi del/degli operatori, l'ora d'inizio e fine dell'intervento, il decorso clinico e intraoperatorio, comprese le eventuali complicanze. Il registro deve essere sottoscritto dal medico responsabile dell'ambulatorio e ciascun intervento deve essere firmato dal chirurgo che lo ha effettuato.

In una relazione destinata al medico curante e consegnata al paziente al termine della prestazione devono essere riportati: la diagnosi, la descrizione dell'intervento eseguito, il tipo e la quantità di anestetici o altri farmaci usati, le eventuali complicanze unitamente ai consigli terapeutici.

La dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate e comunque deve essere garantita:

la presenza di un medico appartenente alla disciplina inerente l'attività svolta o disciplina equipollente; qualora nel presidio ambulatoriale operino più medici, questi sono tenuti ad esercitare la propria attività esclusivamente nell'ambito delle loro specifiche competenze, secondo quanto stabilito dal responsabile dell'ambulatorio;

la presenza di un'unità infermieristica per l'intero orario di accesso alle prestazioni.

Le attività di sanificazione devono essere garantite secondo modalità e criteri adeguati.

Nel caso in cui siano eseguiti interventi in anestesia generale

- deve essere assicurata la presenza di un anestesista fino a recupero dello stato di vigilanza del paziente
- devono essere definite e documentate le modalità secondo le quali è organizzata la reperibilità medica durante l'orario di chiusura del presidio
- deve essere definito e documentato il rapporto con un presidio, raggiungibile entro un tempo congruo, che garantisca il ricovero in caso di complicanze o di impossibilità al trasferimento del paziente al proprio domicilio
- devono essere rese note al paziente, per iscritto, le modalità per attivare il servizio di pronta disponibilità

B1.8

DIALISI

La dialisi è un trattamento terapeutico ambulatoriale per pazienti affetti da insufficienza renale in fase uremica, che può essere effettuata in ambito extraospedaliero e intraospedaliero, valutate le condizioni cliniche del paziente da parte del medico nefrologo e comunque sotto la responsabilità dello stesso specialista.

L'ambulatorio di dialisi si distingue in tre tipologie:

A: ambulatorio extraospedaliero che tratta pazienti uremici cronici stabilizzati clinicamente a rischio modesto;

B: ambulatorio intraospedaliero che tratta pazienti uremici cronici stabilizzati;

C: ambulatorio intraospedaliero che tratta pazienti uremici cronici stabilizzati, ad alto rischio clinico e insufficienze renali acute.

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

Sala dialisi dotata di un sistema di condizionamento ambientale, che garantisca un adeguato comfort, con annessi spogliatoi;

locale apposito con attrezzature dedicate al trattamento dialitico in isolamento, con spogliatoi e servizi dedicati. Può non essere previsto se almeno uno è presente in ambulatorio di dialisi nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda usl. In questo caso deve essere previsto apposito protocollo per la gestione dei rapporti;

locale separato per visite e manovre di medicazione;

locale dotato di almeno un posto letto per appoggio momentaneo del paziente;

locale per stoccaggio e riparazione attrezzature dialitiche;

locale per l'impianto di preparazione dell'acqua e stoccaggio sterilizzanti chimici.

La disposizione dei posti dialisi deve permettere un continuo controllo visivo da parte del personale addetto ed il paziente deve essere agevolmente assistibile su tre lati del posto dialisi.

La dialisi ambulatoriale in ambito ospedaliero oltre ai requisiti sopra indicati, deve disporre di :

locale per interventi di chirurgia, per accessi vascolari o peritoneali avente le stesse caratteristiche individuate per l'ambulatorio di chirurgia. Può non essere previsto se almeno uno è presente in ambulatorio di dialisi nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda usl. In questo caso deve essere previsto apposito protocollo per la gestione dei rapporti che preveda un percorso dedicato per l'accesso alla sala chirurgica;

– solo per la tipologia C stanza attrezzata per il trattamento di pazienti con insufficienza renale acuta.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Devono essere garantite idonee condizioni microclimatiche nel rispetto dei seguenti parametri:

- T = 20 – 26 °C
- U% = 40 – 60%

REQUISITI TECNOLOGICI

Ogni struttura che eroga prestazioni di dialisi ambulatoriale sia in ambito extraospedaliero che intraospedaliero deve possedere le seguenti dotazioni strumentali e tecnologiche:

- un letto bilancia o poltrona bilancia per posto dialisi;
- un preparatore singolo automatico per posto dialisi, in single pass, provvisto di modulo per ultrafiltrazione controllata e delle normali sicurezze per monitor da dialisi. La sua disinfezione può essere fatta a calore o chimicamente;
- trattamento dell'acqua con demineralizzatore o con osmosi inversa;
- deve essere garantita la continuità dell'alimentazione elettrica.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura che eroga prestazioni di dialisi deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- un'unità infermieristica ogni 2.5-3 pazienti in dialisi;
- Durante le ore di trattamento non è necessaria la presenza costante del medico essendo sufficiente che un nefrologo sia consultabile. Le emergenze urgenze sono gestite secondo apposite procedure. Solo per la tipologia C il nefrologo deve essere presente nel presidio ospedaliero per tutta la durata del trattamento.
- Ogni struttura si impegna a rispondere al debito informativo connesso al funzionamento del Registro Regionale dell'uremia-trapianti.

DIALISI PERITONEALE

In caso di dialisi peritoneale sono individuati:

- un locale attrezzato per la dialisi peritoneale ospedaliera estemporanea;
- un locale per addestramento del paziente alla dialisi domiciliare;
- spogliatoio per pazienti se non utilizzabile quello della dialisi.

B1.9

MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

Per attività di medicina fisica e di riabilitazione si intende l'utilizzazione a scopo diagnostico-terapeutico e riabilitativo degli agenti materiali (acqua, elettricità, luce, freddo e caldo) oppure del movimento o della pressione (ginnastica, massaggi), connessi al trattamento di disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie che non richiedano la presa in carica globale della persona nonché lo svolgimento di tutte le altre prestazioni comunque individuate nel nomenclatore tariffario regionale nella disciplina "Medicina fisica e riabilitazione".

Tali prestazioni sono effettuate in ambito ambulatoriale intra ed extra-ospedaliero.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e B sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, e comunque devono essere previsti:

locali per l'effettuazione di prestazioni sia individuali che, se presenti, di gruppo per lo svolgimento di attività specifiche in rapporto alle differenti prestazioni erogate nel presidio;

box (o stanze di dimensioni contenute) se effettuate attività di terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari.

REQUISITI TECNOLOGICI

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente alle diverse tipologie di attività e volume di prestazioni erogate, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace, efficiente.

In particolare devono essere assicurate:

Attrezzature, risorse tecnologiche e dispositivi medici necessari allo svolgimento delle varie tipologie di prestazioni erogate per attività individuali e/o di gruppo;

attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico;

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il personale sanitario deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.

Comunque devono essere garantiti:

un fisiatra o un medico appartenente alla disciplina inerente l'attività riabilitativa svolta nel presidio limitatamente alle discipline di cardiologia, malattia dell'apparato respiratorio, neurologia e ortopedia e traumatologia o discipline equipollenti; il medico documenta almeno la presa in carico del paziente al ciclo di cura e la sua conclusione ed è responsabile della tenuta della documentazione sanitaria del paziente stesso;

un professionista sanitario della riabilitazione, in possesso dei requisiti professionali inerenti la tipologia delle attività erogate nel presidio, per l'intero orario in cui viene svolta l'attività riabilitativa ;

l'assistenza infermieristica e tecnico assistenziale in relazione alle necessità del paziente.

L'assistenza infermieristica e tecnico assistenziale deve essere documentata.

Durante l'effettuazione delle attività svolte dai professionisti sanitari della riabilitazione, non è necessaria la presenza costante del medico ad esclusione delle attività di riabilitazione cardiologica e respiratoria.

B1.10

MEDICINA AD INDIRIZZO ESTETICO

REQUISITI ULTERIORI PER L'AUTORIZZAZIONE

Per attività di medicina ad indirizzo estetico si intende l'erogazione di prestazioni di natura sanitaria dirette alla prevenzione e cura degli inestetismi costituzionali o acquisiti quali esiti di malattia.

Le prestazioni eseguite negli ambulatori di medicina ad indirizzo estetico sono di pertinenza delle seguenti discipline o equipollenti:

- endocrinologia;
- scienze dell'alimentazione e dietetica;
- dermatologia;
- angiologia;

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e B sono i seguenti.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il personale sanitario deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

Deve essere comunque garantita la presenza di almeno un medico.

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Le tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) sono finalizzate al trattamento dell'infertilità; vengono applicate qualora non sia possibile ripristinare la fertilità spontanea o qualora i trattamenti atti a correggere o rimuovere le cause della sterilità non abbiano avuto esito positivo.

Nel caso in cui nella coppia infertile persista un residuo di fertilità spontanea, le procedure di PMA trovano una corretta applicazione, in base all'età della donna e alla durata dell'infertilità, quando offrano possibilità di gravidanza superiori alla probabilità di concepimento spontaneo. Esse vanno inserite in un corretto processo diagnostico e terapeutico, che abbia attentamente valutato le possibilità di una fecondazione spontanea.

Con il termine di procreazione medicalmente assistita (PMA) si intendono una serie di metodiche che vanno dalle tecniche più semplici, ampiamente utilizzate da molti anni, - come l'inseminazione intrauterina (IUI) - a tecniche più complesse e più recenti come l'inseminazione intracitoplasmatica degli spermatozoi (ICSI).

Data la complessità dell'organizzazione tecnico-strumentale e di personale comunque richiesta per la loro erogazione, gli interventi di PMA possono essere effettuati esclusivamente in strutture sanitarie espressamente autorizzate, con esclusione degli studi professionali.

Così come indicato in vari documenti di Commissioni Ministeriali ed Associazioni Scientifiche e Professionali, vengono individuati tre livelli di intervento di PMA, distinti per complessità crescente delle caratteristiche tecnico-scientifiche, delle attrezzature e competenze necessarie, in relazione alle metodiche adottate a ciascun livello.

Il LIVELLO 1 è riconducibile all'ambito della specialistica ambulatoriale.

I LIVELLI 2 e 3 sono da ricondurre all'ambito della Chirurgia ambulatoriale, di cui al punto B1.7, definita come "la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici ed anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, senza ricovero, in ambulatorio, che consentano all'utente autonomia motoria e piena vigilanza entro le due ore successive alla conclusione dell'intervento e non necessitino di assistenza continuativa post-intervento."

LIVELLO 1, non comportante ricorso a interventi chirurgici né a procedure invasive (secondo la definizione riportata in B1.7 "Chirurgia ambulatoriale").

Tecniche adottate:

- inseminazione in cicli naturali o con induzione della crescita follicolare multipla;*
- crioconservazione degli spermatozoi.*

LIVELLO 2, con utilizzo di interventi e procedure invasive, non comportante il ricorso ad anestesia generale; da ricondurre a quanto specificato in B1.7 “Chirurgia ambulatoriale”.

Tecniche adottate:

oltre a quelle previste dal livello 1, comprendono

- prelievo ovocitario ecoguidato e fecondazione in vitro con trasferimento in utero degli embrioni;*
- prelievo degli spermatozoi dal tratto genitale maschile (prelievo percutaneo o biopsia testicolare);*
- congelamento.*

LIVELLO 3, comportante utilizzo di procedure invasive con ricorso ad anestesia generale; da ricondurre a quanto specificato in B1.7 “Chirurgia ambulatoriale”.

Tecniche adottate:

oltre quelle previste dai livelli 1 e 2, comprendono

- transfer di gameti o embrioni per via laparoscopica,*
- prelievo microchirurgico degli spermatozoi dalle vie genitali maschili.*

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2, B e B1 sono indicati di seguito.

Per il LIVELLO 1 vengono indicati esclusivamente i requisiti specifici richiesti oltre a quelli generali.

Per i LIVELLI 2 e 3, vengono riportati i requisiti specifici per la PMA integrati con i requisiti specifici richiesti per la chirurgia ambulatoriale, già indicati in B1.7.

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

Livello 1

Deve essere presente un locale idoneo da impiegare per la preparazione e il congelamento del liquido seminale e per l'eventuale valutazione ormonale del ciclo di induzione dell'ovulazione, distinto dalle attività ambulatoriali e all'interno della stessa struttura.

Livelli 2 e 3

La dotazione specifica di ambienti è la seguente:

zona preparazione personale addetto, costituita da

- uno spazio da adibire a spogliatoio per il personale sanitario (separato dal locale chirurgico);
- uno spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico (anche all'interno del locale chirurgico);

zona preparazione paziente

- uno spazio-spogliatoio separato dal locale chirurgico per l'utente che debba subire un atto chirurgico;

locale chirurgico;

zona sosta paziente

- uno spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento. Tale spazio può essere opportunamente individuato all'interno del locale visita;

deposito materiali sterili e strumentario chirurgico. Può essere situato all'interno dello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione del personale e deve essere costituito da:

- un armadio lavabile per la rimessa dei ferri chirurgici e per la conservazione del materiale sterilizzato, mantenuto in adatte confezioni o cestelli metallici;
- un armadio lavabile per la rimessa dei farmaci e del materiale monouso;

locale visita

- un locale, anche non contiguo, adibito a studio medico per visita o medicazione;

lo spazio per la sterilizzazione può essere previsto all'interno del locale chirurgico e in comune con lo spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico;

locale laboratorio

- un locale idoneo per l'esecuzione dei tempi biologici, con adeguato condizionamento e filtrazione dell'aria, e possibilmente un locale separato per preparazione del liquido seminale e procedure di congelamento.

Tutte le superfici devono risultare ignifughe, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento. Quest'ultimo deve essere resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antisdrucchiolo.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Livello 2

Sia il locale laboratorio sia il locale chirurgico devono essere serviti da gruppo elettrogeno e gruppo di continuità.

Nello spazio riservato alla preparazione del personale deve essere presente:

- un lavello per il lavaggio dei sanitari, con rubinetteria non manuale.

Livello 3

Sia il locale laboratorio sia il locale chirurgico devono essere serviti da gruppo elettrogeno e gruppo di continuità.

Il locale chirurgico deve possedere le seguenti caratteristiche:

- temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24°C
- umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60% ottenuta con vapore
- ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 15 v/h
- filtraggio aria 99.97%
- impianto di gas medicali e impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia
- disponibilità di acqua di raffreddamento per apparecchi laser, quando necessario
- stazioni di riduzione della pressione per il locale chirurgico doppie per ogni gas medicale tecnico tali da garantire un adeguato livello di affidabilità
- impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali.

REQUISITI TECNOLOGICI

Livello 1

Devono essere presenti:

- una cappa a flusso laminare
- un termostato
- una centrifuga
- un microscopio ottico a contrasto di fase
- una pipettatrice
- almeno un contenitore criogenico
- un ecografo con sonda vaginale
- apparecchio per dosaggi ormonali o collegamento funzionale con idoneo laboratorio
- idonea attrezzatura per la valutazione e preparazione del liquido seminale.

Livello 2

Oltre a quanto previsto per il Livello 1, devono essere garantiti i requisiti che seguono.

Tutto lo strumentario deve essere in monouso o in acciaio inossidabile o in leghe o in metalli non ossidabili e deve essere idoneo al tipo di chirurgia esercitata.

Gli arredi utilizzati sono realizzati in acciaio inossidabile o comunque metalli non ossidabili.

Per ogni locale chirurgico:

- lettino chirurgico;
- elettrobisturi;
- un aspiratore chirurgico con relativi sondini;
- lampada scialitica;
- un tavolino servitore;
- un supporto per contenitore di rifiuti chirurgici;

Devono inoltre essere presenti:

- due incubatori a CO₂
- uno stereomicroscopio
- un invertoscopio con applicato micromanipolatore
- un sistema automatizzato programmabile per congelamento
- strumentario per prelievo ovociti

- strumentario chirurgico per prelievo di spermatozoi (in caso di prelievo percutaneo o biopsia testicolare).

Qualora il centro produca i terreni di coltura per proprio conto sono necessari:

- sistema per filtrazione ad acqua Milli-Q
- bilancia di precisione
- osmometro
- pHmetro.

Al solo scopo di fronteggiare eventuali emergenze devono altresì essere presenti, ad integrazione di quanto previsto come dotazione del carrello:

- un elettrocardiografo;
- i farmaci necessari in caso di emergenza.

Livello 3

Oltre a quanto già previsto per il livello 2:

- attrezzatura completa per laparoscopia
- attrezzatura/strumentario per laparotomia
- attrezzatura per microchirurgia (in caso di prelievo microchirurgico degli spermatozoi).

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve possedere i seguenti requisiti organizzativi:

per ogni paziente deve essere approntata una scheda clinica ambulatoriale in cui siano riportate la diagnosi, gli eventuali esami e condizioni cliniche, le prestazioni effettuate e le prescrizioni terapeutiche;

deve essere altresì approntato un registro ambulatoriale in cui devono essere riportati, per ciascun paziente, la diagnosi, la descrizione della procedura eseguita, le eventuali tecniche di anestesia e/o sedazione e/o analgesia utilizzate, i nominativi del/degli operatori, l'ora d'inizio e fine dell'intervento, il decorso clinico e intraoperatorio, comprese le eventuali complicanze. Il registro deve essere sottoscritto dal medico responsabile dell'ambulatorio e ciascun intervento deve essere firmato dal chirurgo che lo ha effettuato.

In una relazione conclusiva, clinica e biologica, destinata al medico curante e consegnata all'utente al termine della prestazione devono essere indicati tipo e quantità dei farmaci e degli eventuali anestetici utilizzati, le procedure impiegate, i risultati ottenuti e qualunque indicazione terapeutica utile al curante per il periodo successivo.

Il Centro è tenuto a fornire agli utenti documentazione informativa che indichi con chiarezza modalità delle procedure, percentuale di successo, possibili rischi ed effetti collaterali.

La dotazione organica del personale deve essere rapportata al volume delle attività ed alle tecniche adottate.

Livello 1

Deve essere garantita almeno la presenza di:

- un medico specializzato in ginecologia o disciplina equipollente,
- un medico specializzato in endocrinologia o urologia o discipline equipollenti con comprovata esperienza andrologica,
- un biologo con esperienza in seminologia,
- disponibilità di consulenza psicologica/psichiatrica, genetica ed endocrinologica.

I medici operanti nel presidio sono tenuti ad esercitare la propria attività esclusivamente nell'ambito delle loro specifiche competenze, secondo quanto stabilito dal responsabile dell'ambulatorio.

- un'unità infermieristica o ostetrica per l'intero orario di accesso alle prestazioni.

Livello 2

Deve essere garantita almeno la presenza di:

- un medico specializzato in ginecologia,
- un medico specializzato in endocrinologia o urologia o discipline equipollenti con comprovata esperienza andrologica,
- un biologo o medico con documentata esperienza di fecondazione in vitro ed embriologia,

- pronta disponibilità di un anestesista garantita al momento del pick-up e del prelievo chirurgico degli spermatozoi,
- disponibilità di consulenza psicologica/psichiatrica, genetica ed endocrinologica.

I medici operanti nel presidio sono tenuti ad esercitare la propria attività esclusivamente nell'ambito delle loro specifiche competenze, secondo quanto stabilito dal responsabile dell'ambulatorio.

*un'unità infermieristica o ostetrica per l'intero orario di accesso alle prestazioni.

Livello 3

Oltre a quanto previsto per il livello 2:

- un'ulteriore unità infermieristica o ostetrica
- un ulteriore medico specializzati in ginecologia o disciplina equipollente.
-

Le attività di sanificazione devono essere garantite secondo modalità e criteri adeguati.

Il raggiungimento della sterilizzazione deve essere periodicamente verificato e i risultati registrati;

Nel caso in cui siano eseguiti interventi in anestesia generale,

- deve essere assicurata la presenza di un anestesista fino a recupero dello stato di vigilanza del paziente;
- devono essere definite e documentate le modalità secondo le quali è organizzata la reperibilità medica durante l'orario di chiusura del presidio;
- deve essere definito e documentato il rapporto con un presidio che garantisca il ricovero in caso di complicanze o di impossibilità al trasferimento del paziente al proprio domicilio; tale presidio deve essere raggiungibile entro i tempi previsti, nelle disposizioni in materia di assistenza sanitaria di emergenza, per il soccorso sanitario primario;
- devono essere rese note al paziente, per iscritto, le modalità per attivare il servizio di pronta disponibilità.

B1.12

MEDICINA DELLO SPORT

Le strutture di medicina dello sport erogano prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia, indirizzo alla riabilitazione e valutazione funzionale rivolte sia a soggetti che praticano o intendono praticare attività sportiva, sia a soggetti portatori di diverse patologie che possono trarre beneficio dalla pratica di attività motoria.

Le strutture di medicina dello sport erogano inoltre prestazioni di natura certificativa per attività agonistica e non agonistica, nel rispetto della normativa vigente.

Vengono individuati due livelli di strutture, distinti per complessità crescente delle attrezzature e competenze necessarie, in relazione alle prestazioni erogate.

Strutture di primo livello

Ambulatori che svolgono:

- attività specialistica diffusa nel territorio anche in collegamento con altre istituzioni sanitarie e sociali (distretti socio-sanitari, medicina di base, servizi sociali, ecc.);*
- esame delle condizioni di rischio e valutazione degli effetti prodotti su soggetti che praticano attività sportiva;*
- azioni di orientamento e correzione, terapia e indirizzo alla riabilitazione per danni derivanti dalla pratica sportiva;*
- accertamenti di idoneità alla pratica sportiva non agonistica che prevedano prestazioni che non richiedono l'apporto di altri specialisti.*

Strutture di secondo livello

Ambulatori che, oltre all'attività di primo livello, svolgono:

- accertamenti diagnostici, anche con manovre complesse, e prestazioni specialistiche finalizzati all'accertamento di idoneità alla pratica sportiva agonistica, che richiedono l'utilizzo di strumentazioni specifiche e l'apporto di altri specialisti;*
- valutazione funzionale di soggetti che svolgono attività sportiva;*
- valutazione all'indirizzo e al recupero funzionale di soggetti affetti da varie patologie, che possono trarre beneficio da pratiche sportive.*

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e B sono i seguenti.

STRUTTURE DI PRIMO LIVELLO

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

REQUISITI TECNOLOGICI

La dotazione strumentale deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, e, comunque, devono essere assicurati:

- elettrocardiografo con almeno 3 canali dotato di monitor;
- spirografo con boccagli monouso,
- bilancia,
- altimetro,
- gradino per I.R.I. (30 - 40 - 50 cm.),
- ottotipo luminoso.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il personale sanitario deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate e, comunque, devono essere garantiti:

- uno specialista in medicina dello sport o disciplina equipollente,
- l'assistenza infermieristica e tecnico-assistenziale in relazione alle necessità del paziente.
L'assistenza infermieristica deve essere documentata.

STRUTTURE DI SECONDO LIVELLO

REQUISITI STRUTTURALI

Oltre ai requisiti già definiti per le strutture di primo livello:

- devono essere garantiti almeno due locali contigui per attività diagnostiche e strumentali;
- la sala per l'esecuzione delle prestazioni deve essere di dimensioni adeguate a consentire il facile accesso ad almeno 2 operatori ed agevolarne il movimento in casi di manovre rianimatorie;
- in caso di effettuazione di prestazioni di valutazione funzionale, dovrà essere disponibile almeno un locale dedicato ulteriore.

REQUISITI TECNOLOGICI

Oltre ai requisiti già definiti per le strutture di primo livello, devono essere garantiti:

- cicloergometro almeno a freno elettromagnetico,
- ergometro a manovella o a rullo per disabili,
- metronomo,

- semaforo per accertamento del senso cromatico,
- apparecchiatura per esami completi delle urine e per emocromo e glicemia o, in alternativa, frigorifero e borsa termica per la conservazione e il trasporto dei campioni a laboratorio esterno,

Per l'effettuazione di prestazioni specialistiche:

Oculistica

- tavole di Hishihara,
- lampada a fessura,
- tonometro oculare,
- ottotipo luminoso,
- oftalmoscopio,
- lente da 90 diottrie per esame fondo oculare,
- lente di Goldmann a 3 specchi per esame della retina.

Neurologia

- elettroencefalografo o protocollo di collaborazione con struttura specialistica esterna.

Otorinolaringoiatria

- otoscopio,
- audiometro,
- impedenziometro,
- cabina silente o protocollo di collaborazione con struttura specialistica esterna,
- schizzettone per cerume.

Cardiologia

- ECG a 6 tracce con monitor idoneo anche alla registrazione di prove da sforzo massimali,
- ecocardiografo con doppler,
- tappeto per prove ergometriche,
- cicloergometro,
- ECG dinamico secondo holter completo di registratori e lettore,
- holter pressorio.

In caso di effettuazione delle prestazioni di valutazione funzionale, devono essere presenti le seguenti attrezzature:

- ergometri ed attrezzature specifiche per la valutazione di atleti, sedentari, portatori di handicap e pazienti affetti da patologie che possono beneficiare dell'esercizio fisico,
- sistema di prova da sforzo per la misurazione degli scambi gassosi e la determinazione del consumo di ossigeno, o protocollo di collaborazione con struttura specialistica esterna,
- tread-mill e cicloergometro per valutazione di cui al punto precedente,
- analizzatore rapido di lattacidemia su prelievo di sangue capillare,

- analizzatore rapido di glicemia su prelievo di sangue capillare,
- sistema di valutazione della percentuale di grasso corporeo.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Presso ogni struttura deve esistere un documento che definisca la tipologia dei soggetti assistiti e le manovre diagnostiche che richiedono la presenza di personale infermieristico e tecnico-assistenziale, nel rispetto dei requisiti specifici previsti nelle sezioni di pertinenza.

Oltre ai requisiti per il primo livello, devono essere garantite le seguenti consulenze specialistiche in:

- cardiologia,
- neurologia,
- ortopedia,
- otorinolaringoiatria,
- oftalmologia.

Protocolli e linee guida organizzative

Deve esistere documentazione che indichi le prestazioni specialistiche e le attività diagnostiche non effettuate direttamente dalla struttura.

Tali prestazioni devono, comunque, essere limitate a:

- prestazioni ORL in cabina silente,
- elettroencefalogramma,
- esame completo delle urine,
- prova da sforzo per la misurazione degli scambi gassosi e la determinazione del consumo di ossigeno.

Devono esistere:

- protocolli di collaborazione con strutture specialistiche esterne o studi medici in regola con la normativa vigente per le prestazioni specialistiche e diagnostiche non effettuate direttamente,
- protocolli d'intesa con le società sportive del territorio di competenza, per la programmazione delle attività di certificazione.

B1.13

STRUTTURE DI GENETICA MEDICA

LABORATORIO DI GENETICA MEDICA - B1.13a

Deve essere funzionalmente collegato al Servizio Clinico di Genetica Medica (SCGM) in un Servizio integrato di Genetica Medica

Deve essere funzionalmente collegato agli altri Laboratori di Genetica Medica (LGM) regionali in un Sistema integrato di Strutture di Genetica Medica

Deve garantire la privacy in tutte le fasi del percorso amministrativo e clinico secondo la normativa vigente

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e B sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

Area di accettazione e prelievo

- locale per prelievi anche in comune/condiviso con altri servizi

Area di registrazione e consulenza genetica

- consultorio genetico anche in comune/condiviso con i SCGM, con altri servizi ambulatoriali o laboratoristici, purché sia prevista una disponibilità di tempo, adeguata ai volumi delle prestazioni anche urgenti;
- spazio/locale per le attività amministrative anche in comune/condiviso con i SCGM attrezzato per l'installazione dei supporti informatici dedicati (comprese le reti informatiche).

Area analitica

- l'accesso all'area analitica deve essere riservato ai soli addetti;
- locali per l'esecuzione delle analisi adeguati al volume e alla tipologia delle analisi eseguite e alla strumentazione in dotazione;
- spazio/locale per archivio anche in comune/condiviso con i SCGM;
- spazio /locale a uso spogliatoio anche in comune/condiviso con i SCGM e con altri servizi;
- postazioni di lavoro per il personale adeguati al numero degli operatori predisposti per l'installazione di personal computer con collegamento in rete.

Ulteriori requisiti strutturali specifici dei laboratori di Citogenetica

- almeno un locale/spazio per ogni settore specializzato con caratteristiche igrotermiche controllabili e costanti tali da consentire una standardizzazione e riproducibilità dei protocolli impiegati e un ottimale funzionamento delle attrezzature più critiche
- almeno un locale attiguo ma separato dal precedente, dove sono eseguite le analisi microscopiche

Ulteriori requisiti strutturali specifici dei laboratori di Genetica molecolare

Negli ambienti per l'esecuzione delle analisi devono poter essere distinti almeno due locali:

- uno costituisce la cosiddetta “zona preamplificazione” per la preparazione dei reagenti, la separazione del DNA dai campioni in arrivo e la messa a punto della reazione di amplificazione
- l'altro locale costituisce la “zona postamplificazione” in cui vengono effettuati la reazione di amplificazione, l'esecuzione del test e la valutazione dei dati ottenuti.

REQUISITI TECNOLOGICI

Tutte le attrezzature e gli equipaggiamenti devono essere adeguati al volume e alla tipologia delle analisi eseguite e devono rispondere agli standard della Comunità Europea (approvazione CE).

Tutti gli strumenti indicati come "critici" in una lista dedicata devono essere presenti almeno in doppio, con collegamenti elettrici e allarmi indipendenti. Tale lista deve comunque includere: per i laboratori di citogenetica incubatore a CO₂, microscopio; per il laboratori di genetica molecolare l'apparecchio da PCR; per tutti i laboratori congelatore -20 C° e frigorifero.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

La dotazione del personale deve essere adeguata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, valutando i carichi di lavoro secondo metodologie e programmi validati.

I Laboratori di Genetica Medica devono essere Servizi autonomi con un organigramma dedicato comprendente diverse figure professionali operanti in stretta collaborazione.

Nell'ambito dell'attività istituzionale il personale dirigente dei LGM deve operare esclusivamente per i servizi di GM.

Tutto il personale medico e biologo deve possedere la specializzazione in genetica medica

Nei LGM deve operare anche personale tecnico costituito da Tecnici di Laboratorio.

Inoltre è indispensabile almeno una figura professionale del profilo amministrativo, anche in comune con i SCGM.

I seguenti processi organizzativi:

- accesso ai locali
- conservazione, utilizzo e trasporto di campioni biologici
- conservazione dei dati e dei campioni

e i seguenti processi informativi:

- trasferimento di dati genetici in formato elettronico
- consultazione dei dati genetici trattati con strumenti elettronici
- trattamento di dati genetici e di campioni biologici contenuti in elenchi, registri o banche dati
- comunicazione e diffusione dei dati

sono regolati da apposite procedure/regolamento e si svolgono secondo le indicazioni contenute nei “Provvedimenti del Garante” vigenti

L'accesso ai locali è controllato mediante incaricati della vigilanza o strumenti elettronici che prevedano specifiche procedure di identificazione anche mediante dispositivi biometrici. Le persone ammesse, a qualunque titolo, dopo l'orario di chiusura, sono identificate e registrate.

Esistono procedure scritte per la conservazione, l'utilizzo e il trasporto dei campioni biologici con modalità volte a garantirne la qualità, l'integrità, la disponibilità e la tracciabilità.

Le procedure per il trasporto vengono condivise e sottoscritte dai soggetti a cui il trasporto è destinato.

Esistono procedure/protocolli sottoscritti da soggetti inviati e soggetti riceventi per il trasferimento dei dati genetici in formato elettronico secondo una o più delle seguenti modalità:

- con posta elettronica certificata, previa cifratura delle informazioni trasmesse da realizzarsi con firma digitale;
- con modalità «web application», che preveda l'utilizzo di protocolli di comunicazione sicuri e garantisca, previa verifica, l'identità digitale del server che eroga il servizio e della postazione client da cui si effettua l'accesso ai dati, ricorrendo a certificati digitali emessi in conformità alla legge da un'autorità di certificazione.

Esistono procedure scritte che definiscono i tempi massimi per i quali i dati genetici e i campioni biologici possono essere conservati per adempiere agli obblighi o ai compiti assegnati alle strutture incaricate o per perseguire le finalità per le quali sono stati raccolti o successivamente utilizzati, secondo le indicazioni contenute nei “Provvedimenti del Garante” vigenti.

Esiste una procedura scritta per la consultazione dei dati genetici trattati con strumenti elettronici, previa adozione di sistemi di autenticazione basati sull'uso combinato di informazioni note agli incaricati e di dispositivi, anche biometrici.

Per il trattamento dei dati genetici e dei campioni biologici contenuti in elenchi, registri o banche dati esistono procedure/protocolli/regolamenti che precludano a chiunque, anche ai soggetti autorizzati, l'identificazione degli interessati se non in caso di documentata e motivata necessità.

In particolare vengono adottate le seguenti misure:

- tecniche di cifratura o utilizzo di codici identificativi o di altre soluzioni appropriate allo scopo;

- trattamento disgiunto dei dati genetici e sanitari dagli altri dati personali laddove gli elenchi, i registri o le banche dati contengano anche informazioni riguardanti la genealogia o lo stato di salute degli interessati.

I dati genetici non possono essere comunicati e i campioni biologici non possono essere messi a disposizione di terzi

Esistono procedure scritte che regolano i casi in cui sia indispensabile comunicare o diffondere i dati per il perseguimento delle finalità indicate nei “Provvedimenti del Garante” vigenti.

Il documento di politica ed obiettivi del laboratorio deve contenere:

- una dichiarazione della politica della qualità, cioè come si intenda operare per la qualità tecnica delle prestazioni, la qualità organizzativa, la qualità gestionale ed economica;
- la descrizione degli obiettivi pratici per la qualità che devono essere misurabili e basati sul mandato istituzionale del Laboratorio;
- la pianificazione della qualità, cioè la descrizione delle modalità operative adottate per conseguire la qualità in termini di tempi, mezzi e risorse;
- la descrizione tecnica e organizzativa della struttura;
- la descrizione del sistema documentale e della sua distribuzione.

Inoltre deve essere disponibile il catalogo delle prestazioni che deve riportare almeno i seguenti elementi:

- indicazione delle metodiche utilizzate (specificando eventuali obblighi legislativi);
- le unità di misura qualora possibile;
- gli intervalli di riferimento adottati e come sono stati calcolati, qualora possibile
- lo schema di controllo interno di qualità;
- ogni altra attività di controllo tecnico e di garanzia in conformità alle specifiche tecniche impiegate che qualifichi l’operato del laboratorio.

Questo documento deve essere mantenuto costantemente aggiornato, conosciuto da tutto il personale coinvolto nell’erogazione del servizio e distribuito all’utenza del laboratorio (Reparti/DH/Ambulatori delle strutture sanitarie, U.R.P., medici di medicina generale).

Rapporti con gli utenti

Il documento informativo per gli utenti deve contenere informazioni su:

- elenco/tipologia delle prestazioni erogate;
- modalità di accesso e prenotazione;
- tempi di attesa (per tipologia di prestazione qualora differiscano);
- modalità per la raccolta del consenso informato e degli eventuali dati clinici e genetici necessari;
- modalità per l’esecuzione del prelievo;
- modalità per la consegna dei risultati;
- assistenza agli utenti;

- numeri telefonici e indirizzo del servizio, indicazione del responsabile e dei referenti dei diversi settori.

Il documento informativo deve inoltre contenere:

- l'esplicitazione analitica di tutte le specifiche finalità perseguite;
- i risultati conseguibili anche in relazione alle notizie inattese che possono essere conosciute per effetto del trattamento dei dati genetici;
- il diritto dell'interessato di opporsi al trattamento dei dati genetici per motivi legittimi;
- la facoltà o meno, per l'interessato, di limitare l'ambito di comunicazione dei dati genetici e il trasferimento dei campioni.

Per le informazioni relative ai nascituri il consenso è validamente prestato dalla gestante. Nel caso in cui il trattamento effettuato mediante test prenatale possa rivelare anche dati genetici relativi alla futura insorgenza di una patologia del padre, è previamente acquisito anche il consenso di quest'ultimo

Il consenso informato è previsto per ogni tipologia di esame

Acquisizione servizi

Per un corretto impiego dei test genetici è necessaria la stretta collaborazione dei LGM con i servizi clinici e, in particolare, con i SCGM.

Devono essere definite procedure per l'invio e la gestione dei casi da parte dei Servizi clinici con i quali è stato instaurato un rapporto non sporadico di collaborazione.

Deve essere posta particolare attenzione alla qualità della collaborazione con i SCGM specificando i centri con cui si è instaurato un rapporto di collaborazione non sporadico, e definendo le procedure e i protocolli per l'invio dei campioni. Vanno distinte procedure per l'invio di routine e per le urgenze.

Clinical competence e formazione

L'aggiornamento continuo in base alle attività effettuate e/o previste dal piano formativo del laboratorio deve essere stilato ogni anno e coerente con le norme ECM .

Gli obiettivi basilari della formazione del Medico/Biologo attivo nell'ambito dei LGM sono:

- raccogliere, interpretare e comunicare informazioni rispetto ai dati dei pazienti, il tipo di campione e i tests richiesti
- analizzare, interpretare e refertare i tests diagnostici
- valutare l'appropriatezza dei controlli di qualità e pianificare progetti di sviluppo
- valutare in modo integrato le informazioni dei clinici per selezionare i test diagnostici più idonei allo studio delle patologie trattate.

Per quanto riguarda il personale tecnico il piano di aggiornamento deve prevederne la qualificazione per gli specifici compiti assegnati e il mantenimento della specifica competenza attraverso un programma di aggiornamento annuale.

Ulteriori requisiti formativi specifici dei Laboratori di Citogenetica

Un operatore che lavora in autonomia deve avere effettuato almeno 500 esami nel biennio in campo diagnostico, compresa l'elaborazione del referto.

Qualificazione dei processi diagnostico assistenziali

Accesso al Servizio

Deve essere possibile la prenotazione telefonica delle prestazioni.

I LGM devono essere dotati di procedure per:

- prenotazione delle prestazioni;
- raccolta del consenso informato prima della esecuzione del test genetico;
- raccolta degli eventuali dati clinici e genetici utili;
- raccordo con i SCGM per l'invio degli utenti alla consulenza genetica eventualmente necessaria dopo la conclusione del test genetico;
- collaborazione con i Servizi clinici /Medici invianti;
- la stesura dei programmi annuali di attività;
- definire i criteri di appropriatezza delle richieste per ogni tipo di test eseguito,
- prevedere procedure per le comunicazioni di diagnosi di patologie che comportano handicap o grave compromissione delle autonomie delle persone e per la tutela della privacy del paziente e della sua famiglia.

Controllo di qualità e verifica dei risultati

Tutti i Laboratori devono operare sulla base di standard di qualità che rappresentano i requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione ad operare nel campo.

In particolare i Laboratori devono rispondere ai seguenti requisiti:

- controlli interni di qualità: ogni Laboratorio deve istituire una serie di standard di controlli per tutti i reagenti e le metodologie impiegate e deve conservarne documentazione (al riguardo si veda anche il punto relativo alla archiviazione)
- controlli esterni di qualità: ogni Laboratorio deve partecipare ad almeno un programma di controllo esterno di qualità per ogni categoria di analisi effettuata, a livello nazionale o internazionale, qualora disponibili.
- modalità di refertazione: ogni Laboratorio deve utilizzare una refertazione standardizzata contenente come elementi minimi:
 - la data del test
 - il numero identificativo del campione che ne permetta l'individuazione in modo univoco
 - il nome dell'individuo esaminato

- la tecnica/tecniche impiegata/e
- la data della risposta
- i risultati del test
- i valori di riferimento, ove possibile
- la firma del dirigente responsabile dell'indagine e del responsabile della struttura
- tutte le informazioni direttamente correlate ai risultati del test utili ad una corretta consulenza genetica.
- modalità di archiviazione dei dati: ogni Laboratorio deve allestire un archivio che comprenda elenchi permanenti dei soggetti testati per il tempo previsto dalla normativa vigente
- l'archivio deve comprendere almeno:
 - i registri di attività
 - un sommario dei risultati ottenuti
 - per le indagini citogenetiche, negativi fotografici o stampa o supporti magnetici
 - per le indagini di genetica molecolare, le relative membrane o autoradiografie o fotografie
 - i dati relativi ai test di controllo di qualità interno ed esterno
 - i dati del processo possono, in alternativa all'archivio cartaceo, essere salvati su file di computer purché vi sia anche una copia di backup per minimizzarne i rischi di perdita.

Ulteriori requisiti per il controllo di qualità specifici dei Laboratori di Tipizzazione tissutale

I Laboratori di Tipizzazione tissutale devono partecipare ai controlli di qualità istituiti dal Ministero della Sanità nell'ambito dell'AIBT (Associazione Italiana Biologia dei Trapianti) che regolano al momento l'attività di gran parte dei Laboratori di immunogenetica operanti in Italia.

Verifica dei risultati

I LGM devono possedere i seguenti indicatori minimi:

- percentuale di test genetici appropriati in rapporto alle raccomandazioni delle linee guida (per ogni anno di attività). Le indicazioni devono essere descritte nelle procedure che regolano i rapporti con i SCGM e con gli altri Servizi clinici/medici che usufruiscono delle prestazioni del LGM per tutto ciò che non è regolamentato dalle linee guida
- N. di reclami pervenuti annualmente da parte di Utenti o Servizi.
- il manuale di Laboratorio deve riportare l'indicazione della percentuale di fallimento colturale per ogni tipo di esame considerata valore critico al di sopra del quale devono essere attuate le opportune azioni correttive
- tempi di refertazione degli esami suddivisi per tipologia per periodi confrontabili di attività
- il manuale di Laboratorio deve riportare per ogni tipologia di esame l'indicazione del tempo-limite intercorrente tra inizio della fase analitica e consegna/spedizione del referto. Questo tempo-limite è il valore critico superato il quale devono essere attuate le opportune azioni correttive.

SERVIZIO CLINICO DI GENETICA MEDICA - B1.13b

Deve essere funzionalmente collegato al Laboratorio di Genetica Medica in un Servizio integrato di Genetica Medica.

Deve essere garantita la privacy in tutte le fasi del percorso amministrativo e clinico secondo la normativa vigente.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e B sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

le dimensioni del locale visita consentono agevoli movimenti al personale e agli utenti e per permettere l'individuazione di aree funzionali distinte per le visite pediatriche e degli adulti

locale adibito a consultorio genetico non coincidente con l'ambulatorio ma ubicato in sua prossimità non arredato né attrezzato come ambulatorio ma come studio di dimensioni sufficienti ad accogliere un nucleo familiare di 4-5 persone oltre agli operatori attrezzato per consentire l'attività di educazione sanitaria rivolta al singolo e/o alla famiglia (spazio adeguato e possibilità di installare apparecchiature elettroniche come tv, videoregistratori, etc.)

locale prelievi anche in comune/condiviso con altri servizi ambulatoriali o laboratoristici

spazio/locale per le attività amministrative anche in comune/condiviso con altri servizi ambulatoriali o laboratoristici attrezzato per l'installazione dei supporti informatici (comprese le reti informatiche)

spazio/locale per archivio anche in comune/condiviso con altri servizi ambulatoriali o laboratoristici

postazioni di lavoro adeguate al numero degli operatori e attrezzate per consultazione delle banche-dati specialistiche

REQUISITI TECNOLOGICI

- diafanoscopio
- attrezzature per valutazione auxologica e antropometrica in età pediatrica e adulta
- attrezzatura per l'acquisizione di immagini
- frigorifero anche in comune/condiviso con altri Servizi ambulatoriali o laboratoristici

REQUISITI ORGANIZZATIVI

La dotazione del personale deve essere adeguata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, valutando i carichi di lavoro secondo metodologie e programmi validati.

I SCGM devono essere Servizi autonomi con un organigramma comprendente diverse figure professionali operanti in stretta collaborazione

Nell'ambito dell'attività istituzionale il personale dirigente dei SCGM deve operare esclusivamente per i servizi di GM

Tutto il personale medico deve possedere il requisito della specializzazione in genetica medica

Nei SCGM devono operare anche personale infermieristico, ed eventualmente assistenti sanitari

Inoltre è indispensabile almeno una figura professionale del profilo amministrativo anche in comune con altri servizi ambulatoriali o laboratoristici

I seguenti processi organizzativi:

- accesso ai locali
- conservazione, utilizzo e trasporto di campioni biologici
- conservazione dei dati e dei campioni
- e i seguenti processi informativi:
- trasferimento di dati genetici in formato elettronico
- consultazione dei dati genetici trattati con strumenti elettronici
- trattamento di dati genetici e di campioni biologici contenuti in elenchi, registri o banche dati
- comunicazione e diffusione dei dati

sono regolati da apposite procedure / regolamento e si svolgono secondo le indicazioni contenute nei "Provvedimenti del Garante" vigenti.

L'accesso ai locali è controllato mediante incaricati della vigilanza o strumenti elettronici che prevedano specifiche procedure di identificazione anche mediante dispositivi biometrici. Le persone ammesse, a qualunque titolo, dopo l'orario di chiusura, sono identificate e registrate.

Esistono procedure scritte per la conservazione, l'utilizzo e il trasporto dei campioni biologici con modalità volte a garantirne la qualità, l'integrità, la disponibilità e la tracciabilità.

Le procedure per il trasporto vengono condivise e sottoscritte dai soggetti a cui il trasporto è destinato.

Esistono procedure/protocolli sottoscritti da soggetti inviati e soggetti riceventi per il trasferimento dei dati genetici in formato elettronico secondo una o più delle seguenti modalità:

- con posta elettronica certificata, previa cifratura delle informazioni trasmesse da realizzarsi con firma digitale;

- con modalità «web application», che preveda l'utilizzo di protocolli di comunicazione sicuri e garantisca, previa verifica, l'identità digitale del server che eroga il servizio e della postazione *client* da cui si effettua l'accesso ai dati, ricorrendo a certificati digitali emessi in conformità alla legge da un'autorità di certificazione.

Esistono procedure scritte che definiscono i tempi massimi per i quali i dati genetici e i campioni biologici possono essere conservati per adempiere agli obblighi o ai compiti assegnati alle strutture incaricate o per perseguire le finalità per le quali sono stati raccolti o successivamente utilizzati, secondo le indicazioni contenute nei “Provvedimenti del Garante ” vigenti.

Esiste una procedura scritta per la consultazione dei dati genetici trattati con strumenti elettronici, previa adozione di sistemi di autenticazione basati sull'uso combinato di informazioni note agli incaricati e di dispositivi, anche biometrici

Per il trattamento dei dati genetici e dei campioni biologici contenuti in elenchi, registri o banche dati esistono procedure/protocolli/regolamenti che precludano a chiunque, anche ai soggetti autorizzati, l'identificazione degli interessati se non in caso di documentata e motivata necessità. In particolare vengono adottate le seguenti misure:

- tecniche di cifratura o utilizzo di codici identificativi o di altre soluzioni appropriate allo scopo;
- trattamento disgiunto dei dati genetici e sanitari dagli altri dati personali laddove gli elenchi, i registri o le banche dati contengano anche informazioni riguardanti la genealogia o lo stato di salute degli interessati.

I dati genetici non possono essere comunicati e i campioni biologici non possono essere messi a disposizione di terzi.

Esistono procedure scritte che regolano i casi in cui sia indispensabile comunicare o diffondere i dati per il perseguimento delle finalità indicate nei “Provvedimenti del Garante ” vigenti.

Rapporti con gli utenti

Il documento informativo per gli utenti deve fornire informazioni su:

- patologie trattate
- tipologia delle prestazioni
- modalità di accesso
- tempi di attesa
- possibilità di eseguire prestazioni urgenti
- modalità per la consegna dei risultati
- indirizzo, numeri telefonici, indicazione del responsabile e dei referenti dei vari Settori
- modalità di assistenza agli utenti
- diritti tutelati.

Al momento dell'accesso al servizio l'utente deve ricevere informazioni scritte sul trattamento dati nel rispetto della vigente legislazione sulla privacy

Per le informazioni relative ai nascituri il consenso è validamente prestato dalla gestante. Nel caso in cui il trattamento effettuato mediante test prenatale possa rivelare anche dati genetici relativi alla futura insorgenza di una patologia del padre, è previamente acquisito anche il consenso di quest'ultimo.

Il consenso informato è previsto per ogni tipologia di esame.

Il Servizio deve essere in grado di documentare l'avvenuta consegna della nota informativa

Acquisizione servizi

Per lo svolgimento delle attività dei SCGM è indispensabile che gli operatori possano avvalersi di tutte le competenze specialistiche necessarie

La figura professionale dello psicologo deve essere prevista con modalità organizzative concordate localmente al fine di supportare le attività di comunicazione e di gestione del paziente almeno nella consulenza per patologie oncologiche, malattie genetiche ad esordio tardivo e, ove necessario, nei casi di diagnosi prenatale patologica .

Con modalità concordate localmente deve essere prevista la presenza di un interprete per rendere possibile la consulenza genetica agli appartenenti a minoranze linguistiche e ai non-udenti.

Deve essere posta attenzione alla qualità della collaborazione con i Laboratori di GM specificando i centri con cui si è instaurato un rapporto di collaborazione non sporadico, la loro posizione rispetto all'accreditamento e ai programmi di controllo di qualità e definendo le procedure e i protocolli per l'invio dei campioni.

Clinical competence e formazione

L'aggiornamento continuo in base alle attività effettuate e/o previste dal piano formativo del Servizio deve essere stilato ogni anno e coerente con le norme ECM

Gli obiettivi basilari della formazione sono:

- *diagnosticare e gestire sul piano clinico un'ampia gamma di malattie genetiche*
- *conoscere l'eterogeneità, la variabilità clinica, la storia naturale e le prospettive terapeutiche delle malattie genetiche*
- *raccogliere ed interpretare l'anamnesi familiare e individuale*
- *valutare in modo integrato le informazioni cliniche e genetiche e comprendere indicazioni, limiti, valore e significato delle indagini di laboratorio*
- *conoscere e applicare i principi matematici, statistici e genetici alla base del calcolo del rischio*

- *maturare esperienze nella conduzione tecnica e psicologica della consulenza genetica e del follow-up degli individui a rischio*
- *favorire l'attitudine comunicativa nei rapporti interpersonali e nelle attività di educazione sanitaria*

Devono essere documentati:

- l'esecuzione individuale, nell'ambito dell'attività di equipe, di almeno 500 consulenze nel triennio precedente per il raggiungimento/mantenimento della clinical competence da parte del medico genetista che può operare autonomamente
- il piano formativo del Servizio con l'indicazione dei programmi di aggiornamento previsti e/o effettuati dai singoli medici genetisti deve essere stilato ogni anno e coerente con le norme ECM

Per quanto riguarda il personale infermieristico, compresi gli assistenti sanitari, il piano di aggiornamento deve prevederne la qualificazione permanente per gli specifici compiti assegnati.

Qualora il personale in servizio non possieda i requisiti di cui sopra il piano formativo deve dare evidenza della programmazione predisposta per colmare la lacuna.

Qualificazione dei processi diagnostico assistenziali

Accesso al servizio e percorso diagnostico-consulativo

I SCGM devono possedere procedure per:

- la prenotazione delle prestazioni (compresa quella telefonica che deve essere possibile)
- la gestione delle liste di attesa che differenzi, quando necessario, tra primi accessi, follow-up e accessi di nuovi componenti di nuclei familiari già seguiti
- la stesura dei programmi annuali di attività
- la standardizzare i requisiti minimi delle prestazioni eseguite
- la definizione dei criteri di appropriatezza delle richieste per ogni tipo di prestazione fornita
- la comunicazione di diagnosi di patologie che comportano handicap o grave compromissione delle autonomie delle persone e per la tutela della privacy del paziente e della sua famiglia.

Devono essere previsti percorsi di supporto al paziente e alla sua famiglia nella fase della comunicazione della diagnosi.

Verifica dei risultati

I SCGM devono possedere almeno i seguenti indicatori essenziali:

- tempo di attesa per ogni tipo di prestazione fornita. Il tempo di attesa è inteso come tempo intercorrente tra richiesta di prestazione e sessione di consulenza o, nel caso di consulenze articolate in più sessioni, prima seduta di avvio

-
- appropriatezza della richiesta dei test genetici all'interno delle procedure stabilite per tipologia di consulenza rispetto alle linee guida o percorsi di governo clinico
 - n. di reclami pervenuti annualmente da parte di Utenti o Servizi
 - percentuale di prestazioni che non rispettano i requisiti minimi stabiliti.

STRUTTURE DI MEDICINA TRASFUSIONALE

SERVIZI TRASFUSIONALI - B1.14a

Per Servizi Trasfusionali si intendono le strutture e le relative articolazioni organizzative, comprese quelle per le attività di raccolta, previste dalla normativa vigente secondo i modelli organizzativi regionali, che sono responsabili sotto qualsiasi aspetto della raccolta e del controllo del sangue umano e dei suoi componenti, quale ne sia la destinazione, nonché della lavorazione, conservazione, distribuzione e assegnazione quando gli stessi sono destinati alla trasfusione.

Le sedi di raccolta gestite direttamente dal Servizio Trasfusionale come articolazioni ospedaliere o extra-ospedaliere all'interno del proprio contesto organizzativo - che spesso sono anch'esse denominate "unità di raccolta" - sono a tutti gli effetti parte integrante dell'organizzazione del Servizio Trasfusionale. Alle medesime si applicano gli stessi requisiti applicabili alle Unità di Raccolta a gestione associativa.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e B sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

Il Servizio Trasfusionale dispone di locali atti a garantire l' idoneità all'uso previsto, con specifico riferimento alla esigenza di consentire lo svolgimento delle diverse attività in ordine logico, al fine di contenere il rischio di errori, nonché operazioni di pulizia e manutenzione atte a minimizzare il rischio di contaminazioni.

Deve essere garantita l' idoneità dei locali prima dell' utilizzo, ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti.

I locali e gli spazi devono essere commisurati alle tipologie ed ai volumi delle prestazioni erogate.

Devono essere presenti almeno:

- un' area per attesa e accettazione dei donatori di sangue e di emocomponenti;
- un locale destinato al colloquio e alla valutazione delle condizioni generali di salute del donatore per la definizione del giudizio di idoneità alla donazione, tale da tutelare il diritto del donatore alla privacy e da garantire la confidenzialità necessaria per una corretta e completa acquisizione delle informazioni anamnestiche rilevanti ai fini della sicurezza dei prodotti del sangue;

- un locale destinato alla raccolta di sangue ed emocomponenti, strutturato in modo tale da salvaguardare la sicurezza dei donatori e del personale e da prevenire errori nelle procedure di raccolta;
- un'area destinata al riposo/ristoro post-donazione;
- un'area adibita alla conservazione del sangue e degli emocomponenti che consenta lo stoccaggio differenziato e sicuro degli emocomponenti in base a tipologia e stato (es. globuli rossi, piastrine, plasma; unità da validare, validate, in quarantena), nonché a criteri specifici di raccolta (es. unità ad uso autologo);
- un'area per lo stoccaggio dei materiali, dispositivi e reagenti da impiegare;
- un'area destinata esclusivamente alla lavorazione del sangue e degli emocomponenti in circuito chiuso, accessibile solo a personale autorizzato; in tale area deve essere periodicamente monitorata la contaminazione microbica delle attrezzature, delle superfici e dell'ambiente;
- un'area destinata esclusivamente alle attività diagnostiche di laboratorio di pertinenza, accessibile solo a personale autorizzato;
- un'area destinata a deposito temporaneo sicuro dei residui, dei materiali e dispositivi monouso utilizzati, nonché del sangue e degli emocomponenti a qualunque titolo scartati;
- un'area di attesa, un locale per la valutazione clinica dei pazienti e un locale per l'erogazione di trattamenti terapeutici, ove il Servizio Trasfusionale eroghi prestazioni cliniche di medicina trasfusionale;
- servizi igienici separati per utenti e personale.

Ove il Servizio Trasfusionale svolga attività di raccolta, processazione, controllo e distribuzione di cellule staminali emopoietiche, si applicano anche le specifiche disposizioni normative vigenti in materia di tessuti e cellule umani.

REQUISITI TECNOLOGICI

Per la raccolta di sangue intero, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche periferiche devono essere utilizzati dispositivi di prelievo dedicati allo specifico impiego e conformi alla normativa vigente.

Devono essere utilizzati esclusivamente sistemi di prelievo del sangue intero e degli emocomponenti che garantiscano la prevenzione del rischio di contaminazione microbica, quali ad esempio la deviazione del primo volume di sangue raccolto.

Per la raccolta di sangue intero, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche periferiche devono essere utilizzati lettini o poltrone da prelievo atti a garantire le basilari manovre di primo soccorso.

Deve essere disponibile un numero di apparecchi per la determinazione della concentrazione emoglobinica pre-donazione atto a garantire il *back-up*.

Per la raccolta del sangue intero devono essere utilizzate bilance automatizzate basculanti atte a garantire la corretta miscelazione del sangue raccolto con l'anticoagulante e almeno la rilevazione del volume del sangue prelevato ed il tempo di prelievo.

Per ogni postazione attiva deve essere disponibile una bilancia automatizzata.

Per le attività di aferesi produttiva devono essere utilizzati separatori cellulari dotati di caratteristiche prestazionali atte a garantire il massimo grado di sicurezza per il donatore, nonché la qualità dei prodotti finali, mediante il soddisfacimento dei requisiti relativi alla raccolta degli emocomponenti da aferesi previsti dalla normativa vigente.

Deve essere garantita la dotazione per la gestione delle emergenze cliniche prevista dalla normativa vigente.

Per la saldatura dei circuiti di raccordo dei sistemi di prelievo devono essere disponibili sistemi di saldatura idonei a prevenire il rischio di contaminazione microbica in fase di raccolta e in fase di produzione degli emocomponenti.

Per le attività di frazionamento del sangue intero in circuito chiuso con mezzi fisici semplici devono essere disponibili:

- almeno una centrifuga refrigerata per sacche con funzionalità di gestione e controllo della accelerazione e della velocità di centrifugazione;
- sistemi automatizzati per la scomposizione del sangue intero, atti a garantire almeno la rilevazione dei volumi dei singoli emocomponenti prodotti.

Le apparecchiature destinate alla conservazione del sangue e degli emocomponenti devono essere dotate:

- di un sistema di controllo e di registrazione della temperatura, nonché di allarme acustico e visivo in caso di escursioni anomale rispetto alle temperature di esercizio definite;
- di dispositivi di allarme remotizzato sia acustici che visivi o di equivalenti strumenti di allerta qualora esse siano ubicate in locali o zone non costantemente presidiate da personale del Servizio o da altro personale a ciò deputato.

Per il trasporto del sangue e degli emocomponenti devono essere disponibili dispositivi atti a garantire l'integrità e la preservazione delle proprietà biologiche dei prodotti, preventivamente convalidati e periodicamente riconvalidati per la capacità di garantire le temperature di esercizio definite.

Deve essere disponibile almeno un apparecchio per il congelamento del plasma prodotto atto a garantire la conformità alle specifiche definite dalle normative vigenti.

Devono essere disponibili almeno due congelatori per la conservazione del plasma alla temperatura di -25° C o inferiore.

Deve essere disponibile almeno un apparecchio per lo scongelamento del plasma, atto a garantire lo scongelamento a temperatura controllata.

Per l'assemblaggio di emocomponenti con interruzione del circuito chiuso deve essere disponibile almeno un sistema di connessione sterile. Le procedure di connessione sterile devono essere convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, in relazione alla capacità del sistema di garantire il corretto allineamento dei segmenti saldati, la tenuta delle saldature ed il mantenimento della sterilità degli emocomponenti assemblati.

Per le attività di aferesi terapeutica e per la raccolta di cellule staminali emopoietiche periferiche da donatori allogenici e da pazienti candidati al trapianto autologo devono essere utilizzate apparecchiature dotate di caratteristiche prestazionali atte a garantire un elevato grado di sicurezza per i donatori e per i pazienti, nonché, nel caso della raccolta di cellule staminali emopoietiche periferiche, il soddisfacimento di standard trapiantologici definiti di concerto con le Unità di trapianto emopoietico interessate.

Nel caso in cui il Servizio Trasfusionale svolga attività di processazione, controllo e distribuzione di cellule staminali emopoietiche, si applicano le specifiche disposizioni normative vigenti in materia di tessuti e cellule umani.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ (*Funzione di Garanzia della qualità, gestione documenti e registrazioni*)

Il Servizio Trasfusionale deve istituire e mantenere un Sistema di gestione per la qualità.

Deve esistere una funzione di Garanzia della qualità alla quale, indipendentemente da altre responsabilità, venga demandata la responsabilità della supervisione di tutti i processi che hanno influenza sulla qualità.

Le procedure che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue, degli emocomponenti e, ove applicabile, delle cellule staminali emopoietiche (lavorazione, conservazione, assegnazione, distribuzione e trasporto del sangue intero e degli emocomponenti; procedure analitiche di laboratorio) devono essere convalidate prima di essere introdotte e riconvalidate ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti.

Deve essere documentato un sistema per tenere sotto controllo i cambiamenti eventualmente introdotti nei processi di raccolta, preparazione, conservazione, distribuzione e controllo del sangue, degli emocomponenti e, ove applicabile, delle cellule staminali emopoietiche, che

possono significativamente influenzare il livello di qualità e sicurezza degli stessi. L'impatto dei suddetti cambiamenti deve essere preliminarmente valutato e sulla base di appropriate analisi tecnico-scientifiche devono essere definiti i test e/o gli studi di validazione da effettuare a sostegno dei cambiamenti da introdurre.

Deve esistere un sistema di gestione e controllo della documentazione finalizzato a garantire la disponibilità di procedure e specifiche aggiornate. Eventuali modifiche della documentazione devono essere datate e firmate da persona autorizzata.

Deve esistere un sistema di gestione delle registrazioni e dei dati previsti dalle normative vigenti, che ne garantisca la produzione, l'aggiornamento, la protezione e la conservazione secondo i criteri da esse definiti.

Per ogni donatore di sangue, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche deve essere predisposta una cartella del donatore, compilata, conservata ed archiviata secondo i criteri definiti dalla normativa vigente.

PERSONALE E ORGANIZZAZIONE

L'Ente cui afferisce il Servizio Trasfusionale ne designa la persona responsabile, conformemente alla normativa vigente.

La dotazione di personale deve essere commisurata alle tipologie e ai volumi delle prestazioni erogate.

Devono essere descritte le competenze necessarie del personale che interviene nelle attività di raccolta, controllo, lavorazione, conservazione, distribuzione ed assegnazione di sangue e di emocomponenti e, ove applicabile, delle cellule staminali emopoietiche.

Il personale deve possedere specifiche competenze in medicina trasfusionale, microbiologia, buone norme di fabbricazione, gestione per qualità, in relazione al ruolo ed alle responsabilità assegnate.

Devono esistere procedure per la valutazione periodica della persistenza di tali competenze.

Devono essere disponibili istruzioni scritte che prevedano le norme igieniche da adottare per lo svolgimento delle specifiche attività.

GESTIONE DELLE TECNOLOGIE (Attrezzature e Sistemi Gestionali Informatici)

Le apparecchiature che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue, degli emocomponenti e, ove applicabile, delle cellule staminali emopoietiche, devono essere qualificate, nell'ambito di procedure convalidate, prima della loro introduzione, ad intervalli prestabiliti e a fronte di modifiche rilevanti.

Sono definite e attivate appropriate procedure per:

- lo svolgimento delle attività di manutenzione, pulizia e sanificazione delle apparecchiature che influiscono sulla qualità e sicurezza del sangue, degli emocomponenti e, ove applicabile, delle cellule staminali emopoietiche;
- la gestione controllata delle apparecchiature impiegate per la conservazione del sangue, degli emocomponenti e delle cellule staminali emopoietiche nel Servizio Trasfusionale e presso le Strutture esterne ad esso afferenti;
- la gestione degli allarmi relativi alle apparecchiature destinate alla conservazione di sangue intero, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche, nonché piani per l'evacuazione delle unità contenute in apparecchiature guaste o malfunzionanti;
- l'attivazione di piani di sorveglianza della funzionalità dei sistemi di controllo e di registrazione della temperatura (o livello di azoto per i criopreservatori di cellule staminali emopoietiche) e degli allarmi visivi e acustici delle suddette apparecchiature, nonché la sistematica verifica dello stato di taratura dei dispositivi impiegati per la misurazione della temperatura/livello di azoto;
- la gestione controllata delle apparecchiature impiegate per la conservazione di farmaci, reagenti e materiali impiegati per l'erogazione del servizio.

I sistemi gestionali informatici (hardware, software, procedure di back-up) impiegati per l'erogazione del servizio devono essere convalidati prima dell'uso, sottoposti a controlli almeno annuali di affidabilità ed essere periodicamente sottoposti a manutenzione ai fini del mantenimento dei requisiti e delle prestazioni previsti.

Al fine di garantire la univoca tracciabilità e identificazione di ogni singolo emocomponente nonché l'abbinamento univoco del ricevente con le unità allo stesso assegnate, i sistemi gestionali informatici devono prevedere:

- l'esclusivo utilizzo delle codifiche secondo la norma UNI 10529 e sue successive modifiche ed integrazioni;
- una specifica gerarchia di accesso alle funzioni in relazione ai ruoli ed alle responsabilità assegnate al personale che opera sui sistemi;
- il blocco della utilizzabilità di emocomponenti che non rispondono alle specifiche di validazione previste;
- strumenti atti a supportare efficacemente il sicuro riconoscimento del ricevente e l'abbinamento univoco dello stesso con le unità di emocomponenti assegnate, con particolare riferimento alla fasi di assegnazione e consegna delle unità.

Sono disponibili manuali o istruzioni scritte per l'uso dei sistemi gestionali informatici impiegati per l'erogazione del servizio.

Sono adottati meccanismi atti a prevenire usi non autorizzati o modifiche non ammesse dei sistemi gestionali informatici impiegati nell'ambito dell'erogazione del servizio, conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente.

Sono effettuati back-up delle informazioni e dei dati a intervalli prestabiliti al fine di prevenire perdite o alterazioni degli stessi in caso di tempi inattivi, previsti o imprevisi, o di difetti di funzionamento dei sistemi gestionali informatici impiegati per l'erogazione del servizio.

Sono disponibili procedure scritte da applicare per garantire le attività qualora i sistemi gestionali informatici non siano utilizzabili.

GESTIONE DEI MATERIALI

I materiali ed i reagenti che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue, degli emocomponenti e delle cellule staminali emopoietiche, compresi quelli impiegati per il loro confezionamento e trasporto, devono provenire da fornitori autorizzati e, ove applicabile, devono rispondere alla normativa vigente. Essi devono essere qualificati prima del loro impiego, al fine di accertarne la idoneità rispetto all'uso previsto.

Sono disponibili procedure scritte per le attività di:

- verifica di conformità dei materiali e reagenti che influiscono sulla qualità e la sicurezza dei prodotti e delle prestazioni erogate;
- segregazione in aree dedicate dei materiali/reagenti difettosi, obsoleti o comunque non utilizzabili;
- registrazione dei lotti e delle scadenze dei materiali e reagenti critici.

I materiali ed i reagenti impiegati devono essere conservati in condizioni controllate e idonee a prevenire l'alterazione delle loro caratteristiche qualitative.

ACCORDI E RELAZIONI CON TERZI

Presso il Servizio Trasfusionale esiste l'evidenza documentale di accordi o convenzioni stipulati con terzi ai sensi di specifiche disposizioni normative o in relazione ad atti di programmazione regionale o nazionale (ad esempio: convenzioni con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue, accordi con altre strutture trasfusionali per l'approvvigionamento e/o la cessione di sangue o emocomponenti, contratti con l'industria convenzionata per il frazionamento del plasma ed il ritorno corrispettivo di farmaci plasmaderivati).

Sono formalizzati specifici accordi che regolamentano le seguenti attività esternalizzate, o comunque non direttamente gestite dal Servizio Trasfusionale:

- raccolta e confezionamento di sangue intero, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche;
- trasporto di sangue intero, emocomponenti o cellule staminali emopoietiche;

- test di laboratorio finalizzati alla tutela della salute del donatore da effettuare in occasione delle donazioni e dei controlli periodici od occasionali dei donatori;
- test di validazione biologica del sangue e degli emocomponenti obbligatori per legge effettuati presso altro Servizio Trasfusionale, nel rispetto della normativa vigente in materia di titolarità della esecuzione di tali test;
- attività inerenti alle cellule staminali emopoietiche che incidono sul livello di qualità delle stesse.

Il Servizio Trasfusionale risponde alle indicazioni di programmazione e tecniche fornite dalle autorità competenti.

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

Sono disponibili procedure scritte per la gestione di:

- deviazioni di processo e non conformità di prodotto;
- deroghe rispetto ai criteri definiti per la valutazione di idoneità dei donatori di cellule staminali emopoietiche periferiche e criteri di gestione del prodotto non conforme;
- incidenti connessi alla raccolta, al controllo, alla lavorazione, alla conservazione, alla distribuzione e alla trasfusione/infusione di emocomponenti e cellule staminali emopoietiche;
- reazioni indesiderate associate alla raccolta e alla trasfusione/infusione di emocomponenti e cellule staminali emopoietiche;
- eventi indesiderati evitati (*near miss*).

Tutte le rilevazioni e le segnalazioni, con particolare riferimento a quelle relative a reazioni indesiderate gravi o ad incidenti gravi, attribuibili alla qualità e alla sicurezza del sangue, degli emocomponenti e delle cellule staminali emopoietiche, devono essere documentate.

Sono disponibili procedure scritte per l'eventuale ritiro di sangue, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche, che definiscono le relative responsabilità e le misure da adottare allo scopo di:

- identificare il donatore coinvolto;
- rintracciare e recuperare le unità, eventualmente ancora presenti, prelevate allo stesso donatore;
- informare destinatari e riceventi dei componenti prelevati dallo stesso donatore nel caso di una esposizione ad un rischio.

Sono disponibili procedure per la notifica alle autorità competenti di tutti gli incidenti e reazioni indesiderate gravi correlati alla raccolta, all'esecuzione di test, alla lavorazione, allo stoccaggio, alla distribuzione o alla trasfusione di emocomponenti.

Annualmente viene predisposto e trasmesso alle autorità competenti, conformemente alla normativa vigente, un rapporto completo delle reazioni indesiderate gravi e degli incidenti gravi rilevati.

La persona responsabile del Servizio Trasfusionale individua un referente per l'Emovigilanza fra i dirigenti medici operanti all'interno del Servizio Trasfusionale.

E' predisposto un sistema finalizzato a garantire l'avvio di azioni correttive e preventive in caso di deviazioni di processo, non conformità dei prodotti, incidenti e reazioni indesiderate, eventi indesiderati evitati (*near miss*), situazioni di non conformità emerse a seguito delle attività di auditing interno, atte a prevenire il loro ripetersi.

Vengono effettuati periodicamente audit interni della qualità su tutte le fasi operative, allo scopo di verificare la rispondenza alle disposizioni normative vigenti, agli standard e alle procedure definite, influenti sulla qualità e sicurezza dei prodotti e servizi erogati.

La direzione del Servizio Trasfusionale effettua periodiche revisioni dei risultati relativi ai prodotti e alle attività svolte, con lo scopo di individuare eventuali problemi di qualità che richiedono l'avvio di azioni correttive o di evidenziare tendenze sfavorevoli che richiedono azioni preventive.

SISTEMA INFORMATIVO

Il Servizio Trasfusionale deve garantire la raccolta completa dei dati e delle informazioni previsti dal debito nei confronti delle strutture sovraordinate, conformemente alla normativa vigente ed alle indicazioni delle autorità competenti a livello regionale e nazionale.

Esistono documenti che specificano la responsabilità nella rilevazione dei dati, le modalità di verifica della loro qualità, della loro completezza e le modalità di diffusione.

PROGRAMMAZIONE DELLA RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI

Sono disponibili documenti che descrivono criteri e modalità per la programmazione della raccolta di sangue intero ed emocomponenti definiti in collaborazione con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue in relazione alla programmazione regionale.

SENSIBILIZZAZIONE, INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI

Viene garantito ai donatori, in collaborazione con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue, adeguato materiale informativo in merito alle caratteristiche essenziali del sangue, degli emocomponenti e dei prodotti emoderivati, ai benefici che i pazienti possono ricavare dalla donazione, nonché alle malattie infettive trasmissibili ed ai comportamenti e stili di vita che possono pregiudicare la sicurezza del ricevente e del donatore.

SELEZIONE DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI

Sono disponibili linee guida/protocolli scritti che definiscono criteri e modalità per l'accertamento dell'idoneità del donatore alla donazione di sangue ed emocomponenti e le modalità di svolgimento delle procedure di selezione, in conformità alla normativa vigente.

Sono disponibili linee guida/protocolli scritti per gli accertamenti diagnostici da effettuare in occasione di ogni donazione di sangue ed emocomponenti e per i controlli periodici a tutela della salute del donatore, definiti in conformità alla normativa vigente.

Gli accertamenti diagnostici pre-donazione, il giudizio finale di idoneità alla donazione ed i controlli periodici dei donatori di sangue ed emocomponenti sono documentati.

E' identificabile il medico responsabile della selezione che ha effettuato la valutazione finale di idoneità del donatore alla donazione di sangue ed emocomponenti.

Prima della donazione, viene acquisito il consenso informato del donatore in conformità alla normativa vigente.

Sono disponibili procedure scritte per la comunicazione al donatore degli esiti degli accertamenti effettuati in occasione della donazione, con particolare riferimento a qualsiasi risultato anomalo emerso dalle indagini diagnostiche effettuate, dell'esclusione temporanea, del richiamo, della riammissione e dell'esclusione definitiva.

Sono disponibili procedure scritte per la gestione del donatore non idoneo e per l'effettuazione di indagini retrospettive su donatori risultati positivi alla ricerca dei marcatori di malattie trasmissibili con la trasfusione o coinvolti in casi di presunta trasmissione di infezione con la trasfusione o in altre reazioni trasfusionali indesiderate gravi.

SELEZIONE DEL DONATORE DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE (CSE)

Sono disponibili linee guida/protocolli scritti, che definiscono criteri e modalità per l'accertamento dell'idoneità del donatore alla donazione di CSE, conformemente alla normativa vigente ed agli specifici standard trapiantologici definiti di concerto con le Unità di trapianto emopoietico interessate.

Gli accertamenti diagnostici pre-donazione ed il giudizio finale di idoneità alla donazione sono documentati.

La valutazione finale di idoneità del donatore alla donazione di CSE è firmata dal medico del Servizio Trasfusionale responsabile della selezione, in relazione a specifici protocolli/linee guida condivisi con le Unità di trapianto emopoietiche interessate.

Prima della donazione, viene acquisito il consenso informato del donatore alla donazione di CSE, in conformità alla normativa vigente. In particolare, viene acquisito il consenso informato:

- in relazione alla destinazione delle CSE (uso terapeutico, uso per sperimentazione clinica, eliminazione in caso di non utilizzo per lo scopo a cui erano destinate);

- in relazione alla comunicazione al ricevente di eventuali esiti anomali degli accertamenti previsti, nel caso in cui l'identità del donatore sia nota al ricevente (es. donatore familiare);
- in relazione alla somministrazione di fattori di crescita stimolanti la proliferazione e mobilitazione di CSE.

Sono disponibili procedure scritte per la comunicazione al donatore degli esiti degli accertamenti effettuati in occasione della donazione di CSE, con particolare riferimento a qualsiasi risultato anomalo emerso dalle indagini diagnostiche effettuate.

Per la donazione di CSE, si fa anche riferimento alle disposizioni normative in materia di tessuti e cellule umani.

RACCOLTA DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI E CSE PERIFERICHE

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente, per lo svolgimento delle attività di raccolta di sangue, emocomponenti e, ove applicabile, di CSE periferiche, atte a garantire la qualità e la sicurezza dei prodotti, nonché la sicurezza dei donatori e degli operatori.

In particolare, tali procedure definiscono le modalità per:

- la verifica sicura dell'identità del donatore e la sua corretta registrazione;
- l'ispezione dei dispositivi impiegati per la raccolta di sangue intero, emocomponenti e CSE periferiche, al fine di accertare l'assenza di difetti e/o alterazioni, preliminarmente e successivamente al prelievo;
- la detersione e disinfezione della cute precedenti la venipuntura finalizzata alla donazione del sangue intero, degli emocomponenti e delle CSE periferiche;
- la reidentificazione positiva del donatore immediatamente prima della venipuntura;
- l'esecuzione di una seconda venipuntura, se necessaria;
- l'effettuazione della raccolta allogenica o autologa delle unità di sangue intero, di emocomponenti e di CSE periferiche;
- il controllo delle unità a fine procedura ed i criteri di valutazione della loro utilizzabilità in caso di interruzioni occorse durante le procedure di raccolta, o nel caso in cui siano stati superati i tempi massimi di prelievo previsti dalla normativa vigente;
- il trattamento, la conservazione ed il trasporto delle unità di sangue, emocomponenti e CSE periferiche raccolte, tali da preservare le caratteristiche del prodotto in modo adeguato alle esigenze delle successive lavorazioni;
- la conservazione ed invio dei campioni per le indagini di laboratorio prelevati al momento della raccolta;
- l'invio al laboratorio di processazione, da parte del personale che ha effettuato la raccolta di CSE periferiche, di una relazione contenente le informazioni relative al prelievo definite dalla normativa vigente;
- l'identificazione documentata e rintracciabile del personale che ha effettuato le operazioni di raccolta;

- la registrazione dei dati relativi a tutte le procedure di prelievo, comprese quelle non completate.

Il Servizio Trasfusionale deve essere identificato con un codice univoco che possa essere correlato ad ogni unità di sangue, emocomponenti o CSE raccolta e ad ogni unità lavorata, conformemente alla normativa vigente.

Le eventuali articolazioni organizzative del Servizio Trasfusionale presso le quali viene effettuata la raccolta di sangue e di emocomponenti devono essere identificate con un codice univoco.

Viene garantito l'utilizzo di un sistema di identificazione ed etichettatura atto ad assicurare:

- l'univoca identificazione di ogni donatore, unità di sangue, emocomponente, sacca satellite dei sistemi di prelievo (prima della raccolta), frazione di emocomponente, emocomponente assemblato, unità di CSE e campione biologico associato alla donazione;
- il loro collegamento univoco alle registrazioni relative al donatore.

Durante la procedura di donazione viene assicurata al donatore la presenza di almeno un infermiere e la disponibilità di un medico del Servizio Trasfusionale, al fine di garantire assistenza adeguata anche in caso di complicazioni o di reazioni indesiderate.

REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON LE UNITÀ DI RACCOLTA GESTITE DA ASSOCIAZIONI E FEDERAZIONI DONATORI SANGUE

Le convenzioni/atti contrattuali che regolamentano i rapporti fra il Servizio Trasfusionale e le Unità di Raccolta ad esso collegate devono specificamente prevedere l'affidamento al Servizio Trasfusionale della responsabilità tecnica delle Unità di Raccolta stesse.

Sono disponibili protocolli/accordi scritti che regolamentano i rapporti fra il Servizio Trasfusionale e le Unità di Raccolta ad esso collegate, che definiscono:

- qualifiche e competenze professionali necessarie per le attività di raccolta del sangue intero e degli emocomponenti presso le Unità di Raccolta;
- livello di informazione ed educazione da fornire ai donatori;
- modalità operative per la gestione e selezione dei donatori e per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti;
- modalità operative per la conservazione, il confezionamento e il trasporto al Servizio Trasfusionale delle unità raccolte;
- attività di controllo/monitoraggio della qualità dei prodotti e delle attività da garantire;
- modalità operative per la gestione delle apparecchiature e dei materiali da impiegare per la raccolta e la conservazione temporanea del sangue e degli emocomponenti;
- flussi informativi previsti.

Sono disponibili procedure scritte per il controllo ed il monitoraggio, da parte del Servizio Trasfusionale, delle attività svolte dalle Unità di Raccolta ad esso collegate e del sangue intero e degli emocomponenti raccolti dalle stesse, nonché per l'avvio di eventuali azioni correttive e preventive.

LAVORAZIONE, QUALIFICAZIONE BIOLOGICA E VALIDAZIONE SANGUE ED EMOCOMPONENTI

Tutto il sangue intero allogeneo raccolto viene sottoposto a separazione in emocomponenti. Eventuali deviazioni sono documentate e motivate.

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti introdotte nel processo, per lo svolgimento delle attività di lavorazione del sangue e degli emocomponenti destinati ad uso trasfusionale.

In caso di preparazione di emocomponenti in sistema aperto devono essere applicate modalità operative atte a prevenire il rischio di contaminazione microbica.

La produzione di plasma da inviare alla lavorazione farmaceutica viene effettuata in conformità alla normativa nazionale vigente, nonché ai requisiti stabiliti dalle norme comunitarie inerenti al plasma come materia prima per la produzione di farmaci plasmaderivati.

Sono disponibili procedure scritte per lo svolgimento delle attività di produzione di emocomponenti per uso non trasfusionale (es. gel piastrinico, colla di fibrina, etc.).

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per il congelamento del plasma prodotto e per la sua conservazione successiva al congelamento.

Sono disponibili, ove applicabile, procedure scritte per le attività di congelamento e scongelamento dei globuli rossi e delle piastrine per uso trasfusionale, conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti.

Sono disponibili procedure scritte per la pianificazione ed esecuzione dei controlli di qualità degli emocomponenti prodotti, in riferimento a quanto previsto dalla normativa vigente. Il campionamento per i controlli di qualità degli emocomponenti deve essere statisticamente rappresentativo dei volumi di emocomponenti prodotti.

Il controllo di qualità degli emocomponenti deve comprendere il periodico monitoraggio della contaminazione microbica.

Sono disponibili procedure scritte che regolamentano le attività di qualificazione biologica degli emocomponenti allogenici, in applicazione di quanto definito dalla normativa vigente.

Le procedure relative ai test previsti dalla normativa vigente per la qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti sono formalizzate e convalidate prima della loro introduzione e riconvalidate a intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti.

Dette procedure definiscono:

- la gestione di anomalie e discrepanze dei risultati analitici rispetto ai valori di riferimento;
- la ripetizione delle indagini a fronte di test inizialmente reattivi e l'esecuzione di appropriati test di conferma a fronte di test ripetutamente reattivi;
- la gestione del donatore con risultati positivi, compresa la comunicazione delle relative informazioni ed il suo inserimento nel follow up clinico;
- misure atte a garantire che il sangue e gli emocomponenti i cui test di screening siano ripetutamente reattivi vengano esclusi dall'uso terapeutico e dalla consegna all'industria. Tali prodotti devono essere immediatamente segregati in uno spazio dedicato, fino allo smaltimento.

La trasmissione dei dati analitici relativi ai suddetti test dai sistemi diagnostici ai sistemi gestionali informatici deve essere effettuata con procedure che escludono passaggi di trascrizione manuale.

Sono disponibili procedure scritte per i test di immunoematologia eritrocitaria che prevedano specifiche modalità operative, controlli ed algoritmi decisionali per le indagini immunoematologiche in caso di prima donazione e di esposizione potenzialmente immunizzante.

Sono disponibili procedure scritte che regolamentano le attività di validazione degli emocomponenti allogenici, in applicazione di quanto definito dalla normativa vigente.

Prima della loro validazione, le unità di sangue e di emocomponenti devono essere bloccate operativamente ed essere conservate in spazi separati rispetto alle unità già validate.

Le registrazioni forniscono l'evidenza che, preliminarmente alla validazione delle unità di sangue e di emocomponenti, tutti gli elementi di registrazione documentale, di ammissibilità anamnestica e medica e di indagine diagnostica, soddisfano l'insieme dei criteri di autorizzazione al loro impiego clinico o industriale previsti dalla normativa vigente.

Tutte le unità di sangue e di emocomponenti devono essere validate da dirigenti all'uopo specificamente autorizzati da parte del responsabile del Servizio Trasfusionale.

Non possono essere assegnate, consegnate o distribuite unità di emocomponenti che non abbiano superato tale controllo.

Per la processazione, il controllo ed il rilascio di CSE, si fa riferimento alle specifiche normative vigenti in materia di cellule e tessuti umani.

ETICHETTATURA

Il sistema di etichettatura delle unità di sangue, di emocomponenti e di CSE periferiche raccolte, degli emocomponenti intermedi e di quelli finali deve identificare, senza possibilità di errore, il tipo di contenuto e riportare tutte le informazioni prescritte dalla normativa vigente.

Le etichette devono essere generate dai sistemi gestionali informatici con garanzia di associazione univoca tra donatore, unità, risultati analitici e, in fase di assegnazione e consegna, tra donatore e ricevente.

Al fine di garantire un elevato livello di sicurezza trasfusionale per quanto concerne la univoca tracciabilità e identificazione di ogni singolo emocomponente, devono essere predisposte ed applicate specifiche procedure che prevedano:

- l'obbligo di verifica informatizzata della corrispondenza fra etichetta di prelievo ed etichetta di validazione quale pre-requisito per qualsivoglia utilizzo delle unità ed il blocco delle unità che non superano tale controllo;
- l'assegnazione della funzione di duplicazione delle etichette di validazione a personale all'uopo specificamente autorizzato, la documentazione del motivo per cui si effettua la duplicazione, nonché l'obbligo di ripetere la verifica informatizzata della corrispondenza fra etichetta di prelievo ed etichetta di validazione ed il blocco delle unità che non superano tale controllo;
- la gestione delle unità provenienti da altra struttura mediante l'esclusivo utilizzo del codice identificativo originario, al fine di evitare la rietichettatura delle unità.

L'etichettatura delle unità autologhe di sangue, emocomponenti e CSE deve essere conforme alle prescrizioni della normativa vigente.

L'etichettatura dei campioni biologici per i test analitici sui donatori deve essere effettuata in modo da garantire l'univoca associazione con i donatori e le donazioni cui i campioni stessi sono associati.

Le etichette utilizzate devono essere idonee allo specifico impiego secondo la normativa vigente.

L'etichettatura deve essere effettuata con modalità ed in ambienti atti a minimizzare il rischio di scambi ed errori.

ASSEGNAZIONE, CONSEGNA E DISTRIBUZIONE SANGUE ED EMOCOMPONENTI

Sono disponibili documenti, destinati alle strutture di diagnosi e cura che fanno riferimento al Servizio Trasfusionale, approvati dal Comitato per il buon uso del sangue, nonché approvati e diffusi alle suddette strutture dalla direzione sanitaria, che, secondo quanto definito dalla normativa vigente, definiscono le modalità e/o i criteri:

- con cui il Servizio Trasfusionale assicura la consulenza trasfusionale;
- per l’assegnazione degli emocomponenti in routine e in urgenza-emergenza;
- per l’identificazione univoca del paziente e dei campioni biologici destinati ai test di compatibilità pre-trasfusionale ai fini dell’abbinamento univoco fra richiesta trasfusionale, paziente e campioni;
- per l’invio delle richieste trasfusionali e dei relativi campioni biologici per i test di compatibilità pre-trasfusionale;
- per il ritiro e trasporto delle unità di emocomponenti;
- per la gestione degli emocomponenti all’interno delle strutture;
- per la effettuazione delle trasfusioni di emocomponenti, con particolare riferimento alla identificazione univoca del paziente, all’abbinamento certo dello stesso con le unità di emocomponenti da trasfondere, nonché alla definizione delle specifiche responsabilità;
- per la restituzione al Servizio Trasfusionale delle unità di emocomponenti non trasfuse;
- per la gestione delle attestazioni comprovanti gli esiti della trasfusione, compresa la segnalazione di incidenti, reazioni indesiderate ed eventi avversi evitati (near miss), correlati al percorso trasfusionale;
- per l’accesso ai servizi di emoteca collegati, ove esistenti.

Sono disponibili raccomandazioni/linee guida per l’utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei farmaci plasmaderivati, destinate alle strutture di diagnosi e cura che fanno riferimento al Servizio Trasfusionale, approvate dal Comitato per il buon uso del sangue e delle cellule staminali da sangue cordonale e formalmente diffuse alle suddette strutture a cura della direzione sanitaria.

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente e preventivamente convalidate, per le attività di assegnazione e consegna delle unità di sangue e di emocomponenti e per il loro eventuale rientro.

Tali procedure definiscono le modalità di:

- valutazione della appropriatezza delle richieste trasfusionali;
- selezione delle unità da assegnare, in regime di routine o di emergenza-urgenza;
- scelta delle indagini finalizzate ad accertare la compatibilità tra donatore e ricevente;
- ispezione fisica delle unità prima della consegna;
- attivazione di meccanismi idonei a garantire la verifica della destinazione finale di ogni unità consegnata;
- gestione della restituzione delle unità non trasfuse al Servizio e delle attestazioni comprovanti la loro integrità e corretta conservazione;

- gestione delle segnalazioni di reazioni indesiderate o incidenti correlati alla trasfusione, deviazioni di processo e near miss ricevute;
- assegnazione/consegna delle unità in caso di blocco o malfunzionamento del sistema gestionale informatico;
- assegnazione e consegna di farmaci plasmaderivati, ove applicabile.

Il Servizio Trasfusionale garantisce le attività di assegnazione e consegna delle unità di emocomponenti 24 ore su 24.

Sono disponibili documenti che definiscono la consistenza quali-quantitativa delle scorte di emocomponenti, in relazione ai fabbisogni pianificati e alle strutture/articolazioni collegate al Servizio Trasfusionale.

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente e preventivamente convalidate, per le attività di distribuzione delle unità di emocomponenti ad altri Servizi Trasfusionali e per l'invio del plasma all'industria convenzionata per la lavorazione farmaceutica del plasma.

Le attività di confezionamento e consegna del plasma destinato all'industria, ivi incluse le certificazioni generali dei lotti di plasma e quelle per singola unità associate alle consegne, sono effettuate in conformità alle disposizioni normative e linee guida nazionali e comunitarie vigenti.

CONSERVAZIONE E TRASPORTO SANGUE ED EMOCOMPONENTI

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per la conservazione, il confezionamento ed il trasporto del sangue e degli emocomponenti a qualunque uso siano destinati, atte a garantire il mantenimento delle caratteristiche biologiche e qualitative degli stessi, nonché la tutela della sicurezza degli operatori e dell'ambiente.

Tali procedure definiscono anche la gestione delle unità scadute e delle unità a carico delle quali, durante la conservazione ed il trasporto, siano rilevate anomalie che ne compromettono l'utilizzabilità.

Le unità autologhe e le unità raccolte e preparate per scopi specifici devono essere conservate separatamente.

RINTRACCIABILITÀ

Il Servizio Trasfusionale deve garantire che il sistema di rintracciabilità in vigore consenta di stabilire dove e in che fase di lavorazione si trovano il sangue, gli emocomponenti e le cellule staminali emopoietiche.

Viene garantita la rintracciabilità di tutte le informazioni atte a ricostruire il percorso trasfusionale, dalla donazione alla trasfusione, mediante accurate procedure di identificazione, di registrazione e di etichettatura conformi alla normativa vigente.

UNITA' DI RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI - B1.14b

Per Unità di raccolta si intendono le strutture incaricate della raccolta, previa autorizzazione delle regioni o province autonome competenti, gestite dalle associazioni dei donatori volontari di sangue convenzionate e costituite ai sensi della normativa vigente; le unità di raccolta, gestite singolarmente o in forma aggregata dalle predette associazioni, operano sotto la responsabilità tecnica del servizio trasfusionale di riferimento.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e B sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

L'Unità di Raccolta fissa dispone di locali atti a garantire l' idoneità all'uso previsto, con specifico riferimento alla esigenza di consentire lo svolgimento delle diverse attività in ordine logico, al fine di contenere il rischio di errori, nonché operazioni di pulizia e manutenzione atte a minimizzare il rischio di contaminazioni.

Deve essere garantita l' idoneità dei locali prima dell' utilizzo, ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti.

I locali e gli spazi delle Unità di Raccolta fisse devono essere commisurati alle tipologie e ai volumi delle prestazioni erogate.

Nelle Unità di Raccolta fisse devono essere presenti almeno:

- un'area per attesa e accettazione dei donatori di sangue e di emocomponenti;
- un locale destinato al colloquio e alla valutazione delle condizioni generali di salute del donatore per la definizione del giudizio di idoneità alla donazione, tale da tutelare il diritto del donatore alla privacy e da garantire la confidenzialità necessaria per una corretta e completa acquisizione delle informazioni anamnestiche rilevanti ai fini della sicurezza dei prodotti del sangue;
- un locale destinato alla raccolta del sangue intero e, ove applicabile, di emocomponenti da aferesi, strutturato in modo tale da salvaguardare la sicurezza dei donatori e del personale e da prevenire errori nelle procedure di raccolta;
- un'area destinata al riposo/ristoro post-donazione;
- un'area per lo stoccaggio differenziato e sicuro dei materiali e dei dispositivi da impiegare;
- un'area destinata a deposito temporaneo sicuro dei residui, dei materiali e dei dispositivi utilizzati, nonché del sangue e degli emocomponenti a qualunque titolo scartati;
- disponibilità di servizi igienici in relazione alle disposizioni normative vigenti in materia di strutture sanitarie.

Le Unità di Raccolta mobili (autoemoteche) devono avere dimensioni adeguate ed essere atte a garantire l' idoneità all'uso previsto, con specifico riferimento alla esigenza di consentire lo svolgimento delle attività in ordine logico, al fine di contenere il rischio di errori, nonché operazioni di pulizia e manutenzione atte a minimizzare il rischio di contaminazioni.

Nelle Unità di Raccolta mobili deve essere garantita l' idoneità dei locali prima dell' utilizzo, ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti.

Nelle Unità di Raccolta mobili, devono essere garantite almeno:

- un' area di accettazione;
- un locale destinato al colloquio e alla valutazione delle condizioni generali di salute del donatore, tale da tutelare il diritto del donatore alla privacy e da garantire la confidenzialità necessaria;
- un' area destinata alla raccolta del sangue intero e, ove applicabile, di emocomponenti da aferesi, strutturata in modo tale da salvaguardare la sicurezza dei donatori e del personale e da prevenire errori nelle procedure di raccolta;
- uno spazio per lo stoccaggio del materiale e dei dispositivi da impiegare;
- uno spazio per il deposito temporaneo sicuro dei residui, dei materiali e dispositivi utilizzati, nonché del sangue e degli emocomponenti a qualunque titolo scartati;
- adeguata illuminazione, ventilazione e climatizzazione;
- adeguata alimentazione elettrica;
- un lavabo per il lavaggio delle mani;
- adeguati strumenti di comunicazione con il Servizio Trasfusionale cui l' unità mobile afferisce.

Per le Unità di Raccolta mobili devono essere assicurate soluzioni atte a garantire l' attesa e il riposo/ristoro dei donatori in condizioni adeguate.

REQUISITI TECNOLOGICI

Per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti devono essere utilizzati dispositivi di prelievo dedicati allo specifico impiego e conformi alla normativa vigente.

Devono essere utilizzati esclusivamente sistemi di prelievo del sangue intero e degli emocomponenti che garantiscano la prevenzione del rischio di contaminazione microbica, quali ad esempio la deviazione del primo volume di sangue raccolto.

Per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti devono essere utilizzati lettini o poltrone da prelievo atti a garantire le basilari manovre di primo soccorso.

Deve essere disponibile un numero di apparecchi per la determinazione della concentrazione emoglobinica pre-donazione atto a garantire il *back-up*.

Per la raccolta del sangue intero devono essere utilizzate bilance automatizzate basculanti atte a garantire la corretta miscelazione del sangue raccolto con l'anticoagulante e almeno la rilevazione del volume del sangue prelevato ed il tempo di prelievo.

Per ogni postazione attiva deve essere disponibile una bilancia automatizzata.

Ove siano effettuate attività di aferesi produttiva, devono essere utilizzati separatori cellulari dotati di caratteristiche prestazionali atte a garantire il massimo grado di sicurezza per il donatore, nonché la qualità dei prodotti finali, mediante il soddisfacimento dei requisiti relativi alla raccolta degli emocomponenti da aferesi previsti dalla normativa vigente.

Deve essere garantita la dotazione per la gestione delle emergenze cliniche prevista dalla normativa vigente.

Per la saldatura dei circuiti di raccordo dei sistemi di prelievo devono essere disponibili sistemi di saldatura idonei a prevenire il rischio di contaminazione microbica in fase di raccolta.

E' disponibile una apparecchiatura per la conservazione a temperatura controllata del sangue e degli emocomponenti raccolti, in relazione alle specifiche indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

Le apparecchiature destinate alla conservazione del sangue e degli emocomponenti devono essere dotate:

- di un sistema di controllo e di registrazione della temperatura, nonché di allarme acustico e visivo in caso di escursioni anomale rispetto alle temperature di esercizio definite;
- di dispositivi di allarme remotizzato sia acustici che visivi o di equivalenti strumenti di allerta qualora esse siano tenute continuamente in esercizio e siano ubicate in locali o zone non costantemente presidiate da personale dell'Unità di Raccolta o da altro personale a ciò deputato.

Per il trasporto del sangue e degli emocomponenti devono essere disponibili dispositivi atti a garantire l'integrità e la preservazione delle proprietà biologiche dei prodotti, preventivamente convalidati e periodicamente riconvalidati per la capacità di mantenere le temperature di esercizio definite secondo le specifiche ed indicazioni tecniche del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

Tutte le dotazioni tecnologiche devono essere conformi alle indicazioni e caratteristiche tecniche fornite dal responsabile del Servizio Trasfusionale cui la Unità di Raccolta afferisce.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ (*Funzione di Garanzia della qualità, gestione documenti e registrazioni*)

L'Unità di Raccolta deve istituire e mantenere un Sistema di gestione per la qualità, in raccordo con il sistema di gestione per la qualità del Servizio Trasfusionale cui afferisce.

Deve esistere una funzione di Garanzia della qualità alla quale, indipendentemente da altre responsabilità, venga demandata la responsabilità della supervisione di tutti i processi che hanno influenza sulla qualità.

Le procedure relative alla conservazione e al trasporto del sangue e degli emocomponenti vengono convalidate prima di essere introdotte e riconvalidate ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti secondo le specifiche ed indicazioni tecniche del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

Deve esistere un sistema di gestione e controllo della documentazione finalizzato a garantire la disponibilità di procedure e specifiche aggiornate. Eventuali modifiche della documentazione devono essere datate e firmate da persona autorizzata.

Deve esistere un sistema di gestione delle registrazioni e dei dati previsti dalle normative vigenti, che ne garantisca la produzione, l'aggiornamento, la protezione e la conservazione secondo i criteri da esse definiti.

Per ogni donatore di sangue ed emocomponenti deve essere predisposta una cartella del donatore, compilata, conservata ed archiviata secondo i criteri definiti dalla normativa vigente.

PERSONALE E ORGANIZZAZIONE

L'Associazione o Federazione dei donatori di sangue titolare dell'autorizzazione all'esercizio delle attività designa la persona responsabile dell'Unità di Raccolta, conformemente alla normativa vigente, e ne comunica il nominativo alle autorità competenti della regione/provincia autonoma e al Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

La dotazione di personale deve essere commisurata alle tipologie e ai volumi delle prestazioni erogate.

Devono essere descritte le competenze necessarie del personale che interviene nelle attività di raccolta di sangue ed emocomponenti.

Devono esistere procedure per la valutazione periodica della persistenza di tali competenze.

Il possesso della qualifica e delle competenze richieste deve essere verificato e formalmente attestato, per ogni singolo operatore, dalla persona responsabile della Unità di Raccolta, sulla

base delle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

Devono essere disponibili istruzioni scritte contenenti le norme igieniche da adottare per lo svolgimento delle specifiche attività.

GESTIONE DELLE TECNOLOGIE (Attrezzature e Sistemi Gestionali Informatici)

Le apparecchiature impiegate per la raccolta e per la conservazione del sangue e degli emocomponenti devono essere qualificate, nell'ambito di procedure convalidate, prima della loro introduzione, ad intervalli prestabiliti e a fronte di modifiche rilevanti, con riferimento alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

Sono documentate le specifiche applicabili e le attività di controllo per le attrezzature critiche (quali ad esempio: apparecchiature per la raccolta di sangue e di emocomponenti, apparecchiature per la conservazione di sangue/emocomponenti e, ove applicabile, per la conservazione di materiali e farmaci, apparecchiature per misurazione e controllo), con riferimento alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

Nel caso in cui le attività di raccolta del sangue ed emocomponenti siano supportate da sistemi gestionali informatici, gli stessi devono essere adottati previa condivisione con il responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

I sistemi gestionali informatici (hardware, software, procedure di back-up) impiegati a supporto delle attività di raccolta di sangue ed emocomponenti devono essere convalidati prima dell'uso, sottoposti a controlli almeno annuali di affidabilità ed essere periodicamente sottoposti a manutenzione ai fini del mantenimento dei requisiti e delle prestazioni previsti.

Sono disponibili manuali o istruzioni scritte per l'uso dei sistemi gestionali informatici impiegati per la raccolta di sangue ed emocomponenti.

Sono adottati meccanismi atti a prevenire usi non autorizzati o modifiche non ammesse dei sistemi gestionali informatici impiegati nell'ambito dell'erogazione del servizio, conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente.

Sono effettuati back-up delle informazioni e dei dati a intervalli prestabiliti al fine di prevenire perdite o alterazioni degli stessi in caso di tempi inattivi, previsti o imprevisti, o di difetti di funzionamento dei sistemi gestionali informatici impiegati per l'erogazione del servizio.

Sono disponibili procedure scritte da applicare per garantire le attività qualora i sistemi gestionali informatici non siano utilizzabili.

GESTIONE DEI MATERIALI

I materiali ed i reagenti che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue e degli emocomponenti, compresi quelli impiegati per il loro confezionamento e trasporto, devono provenire da fornitori autorizzati e, ove applicabile, devono rispondere alla normativa vigente. Essi devono essere qualificati prima del loro impiego, al fine di accertarne l'idoneità rispetto all'uso previsto.

Sono disponibili procedure scritte per le attività di:

- verifica di conformità dei materiali che influiscono sulla qualità e la sicurezza del prodotto e delle attività;
- segregazione in aree dedicate dei materiali difettosi, obsoleti o comunque non utilizzabili;
- registrazione dei lotti e delle scadenze dei materiali critici.

I materiali ed i reagenti impiegati devono essere conservati in condizioni controllate e idonee a prevenire l'alterazione delle loro caratteristiche qualitative.

ACCORDI E RELAZIONI CON TERZI

Sono formalizzati specifici accordi che regolamentano eventuali attività esternalizzate, consentite dalla normativa vigente.

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

Sono disponibili procedure scritte per la gestione di:

- deviazioni di processo e non conformità di prodotto;
- incidenti connessi alla raccolta di sangue intero ed emocomponenti;
- reazioni indesiderate associate alla raccolta di sangue intero ed emocomponenti;
- eventi indesiderati evitati (*near miss*).

Tutte le reazioni indesiderate gravi e gli incidenti gravi correlati alle attività di raccolta di sangue intero ed emocomponenti devono essere documentati, gestiti e notificati al Servizio Trasfusionale di riferimento secondo le indicazioni ricevute dal Servizio stesso.

E' predisposto un sistema finalizzato a garantire l'avvio di azioni correttive e preventive in caso di deviazioni di processo, non conformità del sangue e degli emocomponenti raccolti, incidenti e reazioni indesiderate, eventi indesiderati evitati (*near miss*), situazioni di non conformità emerse a seguito delle attività di auditing interno, atte a prevenire il loro ripetersi.

Vengono effettuati periodicamente, in raccordo con la funzione qualità del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce, audit interni della qualità allo scopo di verificare la rispondenza alle disposizioni normative vigenti, agli standard e alle procedure definite, influenti sulla qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti raccolti e dei servizi erogati.

Il responsabile dell'Unità di Raccolta effettua periodiche revisioni dei risultati relativi ai prodotti e alle attività svolte, con lo scopo di individuare eventuali problemi di qualità che richiedono l'avvio di azioni correttive o di evidenziare tendenze sfavorevoli che richiedono azioni preventive.

SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo dell'Unità di Raccolta deve assicurare la raccolta e la trasmissione al Servizio Trasfusionale di riferimento di tutti i dati e le informazioni di pertinenza conformemente alla normativa vigente, nonché di ogni altra informazione inerente alle attività svolte richiesta dal responsabile del Servizio Trasfusionale stesso.

REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON IL SERVIZIO TRASFUSIONALE DI RIFERIMENTO

Le convenzioni/atti contrattuali che regolamentano i rapporti fra il Servizio Trasfusionale e l'Unità di Raccolta ad esso collegata devono specificamente prevedere che la stessa opera sotto la responsabilità tecnica del Servizio Trasfusionale cui essa afferisce.

L'Unità di Raccolta acquisisce dal Servizio Trasfusionale di riferimento procedure/accordi scritti che descrivono:

- qualifiche e competenze professionali necessarie per le attività di raccolta del sangue intero e degli emocomponenti presso l'Unità di Raccolta;
- livello di informazione ed educazione da fornire ai donatori;
- modalità operative per la gestione e selezione dei donatori e per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti;
- modalità operative per la conservazione e l'invio al Servizio delle unità raccolte;
- attività di controllo/monitoraggio della qualità dei prodotti e delle attività da garantire;
- modalità operative per la gestione delle apparecchiature da impiegare per la raccolta e delle frigoemoteche in dotazione alle Unità di Raccolta;
- modalità operative per la gestione dei materiali da impiegare per la raccolta e la conservazione del sangue e degli emocomponenti;
- flussi informativi previsti.

PROGRAMMAZIONE DELLA RACCOLTA SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI

Sono disponibili documenti che descrivono criteri e modalità per la programmazione della raccolta di sangue intero ed emocomponenti presso l'Unità di Raccolta, definiti in collaborazione con il Servizio Trasfusionale di riferimento in relazione alla programmazione regionale.

SENSIBILIZZAZIONE, INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI

Viene garantito ai donatori, in collaborazione con il Servizio Trasfusionale di riferimento e secondo le indicazioni dello stesso, adeguato materiale informativo in merito alle caratteristiche essenziali del sangue, degli emocomponenti e dei prodotti emoderivati, ai benefici che i pazienti

possono ricavare dalla donazione, nonché alle malattie infettive trasmissibili ed ai comportamenti e stili di vita che possono pregiudicare la sicurezza del ricevente e del donatore.

SELEZIONE DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI

Sono disponibili linee guida/protocolli scritti che definiscono criteri e modalità per l'accertamento dell'idoneità del donatore alla donazione di sangue e di emocomponenti e le modalità di svolgimento delle procedure di selezione, in conformità alla normativa vigente e alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento.

E' identificabile il medico responsabile della selezione che ha effettuato la valutazione finale di idoneità del donatore alla donazione di sangue ed emocomponenti.

Prima della donazione, viene acquisito il consenso informato del donatore in conformità alla normativa vigente.

Sono disponibili linee guida/protocolli scritti per gli accertamenti diagnostici da effettuare in occasione di ogni donazione di sangue ed emocomponenti e per i controlli periodici a tutela della salute del donatore, definiti in conformità alla normativa vigente e alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento.

Gli accertamenti diagnostici pre-donazione, il giudizio finale di idoneità alla donazione ed i risultati dei controlli periodici dei donatori di sangue ed emocomponenti sono sistematicamente documentati.

Sono disponibili procedure scritte per la comunicazione al donatore di qualsiasi risultato anomalo emerso dalle indagini diagnostiche effettuate, dell'esclusione temporanea, del richiamo, della riammissione e dell'esclusione definitiva, ove gli accordi con il Servizio Trasfusionale di riferimento prevedano la delega formalizzata di queste funzioni al responsabile dell'Unità di Raccolta.

Sono disponibili procedure scritte per la gestione del donatore non idoneo, conformemente alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento.

L'Unità di Raccolta fornisce la necessaria collaborazione al Servizio Trasfusionale di riferimento per l'effettuazione di indagini retrospettive (*look back*) su donatori risultati positivi alla ricerca dei marcatori di malattie trasmissibili con la trasfusione o coinvolti in casi di presunta trasmissione di infezione con la trasfusione o altre in altre reazioni trasfusionali indesiderate gravi.

RACCOLTA DI SANGUE INTERO E DI EMOCOMPONENTI

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente per lo svolgimento delle attività di raccolta di sangue e di emocomponenti e definite secondo le indicazioni del Servizio

Trasfusionale di riferimento, atte a garantire la qualità e la sicurezza dei prodotti, nonché la sicurezza dei donatori e degli operatori.

In particolare, tali procedure definiscono le modalità per:

- la verifica sicura dell'identità del donatore e la sua corretta registrazione;
- l'ispezione dei dispositivi impiegati per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti, al fine di accertare l'assenza di difetti e/o alterazioni, preliminarmente e successivamente al prelievo;
- la detersione e disinfezione della cute precedenti la venipuntura finalizzata alla donazione del sangue intero e degli emocomponenti;
- la reidentificazione positiva del donatore immediatamente prima della venipuntura;
- l'esecuzione di una seconda venipuntura, se necessaria;
- l'effettuazione della raccolta di sangue intero e di emocomponenti;
- il controllo delle unità a fine procedura ed i criteri di valutazione della loro utilizzabilità in caso di interruzioni occorse durante le procedure di raccolta, o nel caso in cui siano stati superati i tempi massimi di prelievo previsti dalla normativa vigente;
- il trattamento, la conservazione e il trasporto delle unità di sangue ed emocomponenti raccolti, tali da preservare le caratteristiche del prodotto in modo adeguato alle esigenze delle successive lavorazioni;
- la conservazione ed invio dei campioni per le indagini di laboratorio prelevati al momento della raccolta;
- l'identificazione documentata e rintracciabile del personale che ha effettuato le operazioni di raccolta;
- la registrazione dei dati relativi ad ogni procedura di prelievo di sangue intero ed emocomponenti, comprese quelle non completate.

L'Unità di Raccolta e le eventuali relative articolazioni organizzative devono essere identificate con codici univoci che possano essere correlati ad ogni unità di sangue o emocomponente raccolta, conformemente alla normativa vigente e alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento.

Viene garantito l'utilizzo di un sistema di identificazione ed etichettatura, secondo le indicazioni fornite dal Servizio Trasfusionale di riferimento, atto ad assicurare:

- l'univoca identificazione di ogni donatore, unità di sangue ed emocomponente, sacca satellite dei sistemi di prelievo (prima della raccolta) e campione biologico associato alla donazione;
- il loro collegamento univoco alle registrazioni relative al donatore.

Durante la procedura di donazione viene assicurata al donatore la presenza di almeno un infermiere e un medico in possesso delle qualifiche e delle competenze richieste, al fine di garantire assistenza adeguata anche in caso di complicazioni o di reazioni indesiderate.

CONSERVAZIONE E TRASPORTO SANGUE ED EMOCOMPONENTI

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente e alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per la conservazione, il confezionamento ed il trasporto del sangue e degli emocomponenti, idonee a garantire il mantenimento delle caratteristiche biologiche e qualitative degli stessi, nonché la tutela della sicurezza degli operatori e dell'ambiente.

Tali procedure definiscono anche la gestione delle unità a carico delle quali, durante la conservazione ed il trasporto, siano rilevate anomalie che ne compromettono l'utilizzabilità.

RINTRACCIABILITÀ

L'Unità di Raccolta garantisce la rintracciabilità di tutte le informazioni atte a ricostruire il percorso della donazione mediante accurate procedure di identificazione, di registrazione e di etichettatura, conformi alla normativa vigente.

SOTTOSEZIONE B2

REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI TECNOLOGICI SPECIFICI

PRESTAZIONI DI BASE AMBULATORIALI

B2.1

CENTRI E PRESIDII AMBULATORIALI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Le attività di riabilitazione svolte in presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale si rivolgono a pazienti che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti ammissibili, per condizione clinica stabilizzata, a trattamento riabilitativo in regime ambulatoriale che non richiedono, per lo svolgimento delle specifiche attività riabilitative, alta tutela medica e infermieristica.

Rientrano nel percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione gli stati di salute che hanno determinato una disabilità anche transitoria di tipo segmentario o globale che richiedono, per la complessità del quadro clinico, una presa in carico globale e la predisposizione di programmi di intervento previsti all'interno di un progetto riabilitativo individuale avente gli obiettivi del contenimento della disabilità, per favorire la gestione degli esiti, della prevenzione delle menomazioni secondarie e per contenere o evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psico-sociale.

Le attività di recupero e riabilitazione funzionale sono svolte in relazione ai livelli di complessità individuati dal Piano Sanitario Regionale e altri atti regionali.

Le prestazioni ambulatoriali erogate dai centri e presidi di recupero e riabilitazione funzionale si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche di medicina fisica e riabilitazione erogati negli ambulatori specialistici (B1.9) per la globalità del trattamento sulla disabilità, che richiede un contestuale apporto multidisciplinare clinico riabilitativo.

Alle prestazioni specialistiche eventualmente erogate si applicano i requisiti relativi alle specifiche tipologie di prestazione definiti da B1.1 a B1.12.

I requisiti specifici relativi alle disabilità trattate (fisica, psichica, sensoriale e mista) che completano i requisiti generali già definiti in A1 e A2 e in B, sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

La struttura garantisce sempre la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti dalle diverse tipologie di disabilità; è indispensabile la completa assenza di barriere architettoniche che limitino l'accesso o gli spostamenti dentro la struttura e l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi.

Deve essere garantita la privacy degli utenti.

Le strutture devono essere dotate di ambienti specifici con dimensioni, arredi ed attrezzature adeguati allo svolgimento delle attività coerenti con i programmi e gli obiettivi propri della struttura. In particolare:

- aree attrezzate per attività di gruppo (palestre), per attività statiche e dinamiche;
- aree attrezzate per attività individuali (motorie, respiratorie, neuropsicologiche, ecc.); tali attività, qualora previste dallo specifico piano di trattamento, devono essere svolte in ambienti attrezzati ed idonei in funzione della tipologia di utenza;
- box (o stanze di dimensioni contenute) per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari, ritenuti necessari allo svolgimento di specifiche attività connesse alla tipologia di disabilità trattata;
- area attrezzata per il trattamento, qualora previsto, dei disturbi comunicativi/cognitivi;
- ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-prognostiche cliniche attinenti alle patologie trattate;
- spogliatoi per i pazienti;

REQUISITI TECNOLOGICI

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse tipologie di attività assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.

In funzione degli obiettivi della struttura e della tipologia dell'utenza devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- presidi necessari e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione;
- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico;

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Le attività di recupero e riabilitazione funzionale sono caratterizzate da modalità di lavoro di gruppo, in maniera tale da garantire le prestazioni in forma coordinata ed integrata.

Si deve garantire la globale presa in carico per tutto l'iter terapeutico previsto;

la dotazione organica del personale è rapportata alla tipologia e alla complessità dell'attività svolta nella struttura ed al volume delle prestazioni rese, e comunque devono essere garantiti:

- un fisiatra o un medico appartenente alla disciplina inerente l'attività riabilitativa svolta dalla struttura;

- professionisti sanitari della riabilitazione in possesso dei requisiti necessari per lo svolgimento della specifica attività, per l'intero orario di accesso alle prestazioni.
- l'assistenza infermieristica e tecnico assistenziale in relazione alle necessità del paziente.

Durante l'effettuazione delle attività svolte dai professionisti sanitari della riabilitazione, non è necessaria la presenza costante del medico salvo diverse condizioni cliniche definite nel progetto riabilitativo.

L'assistenza infermieristica e tecnico assistenziale deve essere documentata.

Per ogni singolo paziente deve essere formulato e redatto da parte dell'èquipe multiprofessionale un Progetto Riabilitativo, comprendente uno o più programmi terapeutici che espliciti:

- gli obiettivi;
- gli interventi da realizzare con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità;
- i tempi;
- le modalità di verifica mediante l'utilizzo di scale clinico funzionali validate ;
- la durata prevista.

Devono essere garantiti una adeguata informazione, l'accesso familiare alla struttura nonché specifico addestramento

Le prestazioni ambulatoriali sono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi. a domicilio e in extramurale.

In caso di attività extramurale deve essere documentato il rapporto con la struttura esterna che deve essere in regola con la normativa di settore.

In caso di trattamento individuale deve essere assicurata la durata di 1 ora. Nel caso di trattamento di piccolo gruppo lo stesso deve essere costituito da un numero massimo di 6 persone e deve essere assicurata la durata minima di 1 ora.

I centri ambulatoriali funzionano per un numero di 6 ore giornaliere e per almeno 5 giorni alla settimana

CENTRO DI SALUTE MENTALE

*Espleta le funzioni indicate per il CSM dal D.P.R. 7/4/1994 e dalla D. C. R. 17/2/1999, n. 41
“P. S.R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale”*

Il CSM costituisce la sede organizzativa degli operatori ed il punto di coordinamento dell'attività di tutela della Salute Mentale per il territorio di competenza.

La superficie destinata alla struttura (CSM) deve essere di almeno mq. 200 per un bacino di utenza fino a 60.000 abitanti. Il bacino della popolazione di riferimento di ciascun CSM non può essere superiore a 150.000 abitanti.

Alle prestazioni specialistiche eventualmente erogate si applicano i requisiti relativi alle specifiche tipologie di prestazione.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1 e A2 e in B, sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

L'organizzazione degli spazi deve essere tale da garantire le esigenze di riservatezza e di sicurezza

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita e tale da garantire la compresenza delle diverse figure professionali operanti.

Ciascun centro di salute mentale dispone di:

- spazio per custodia effetti personali degli operatori sanitari
- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni
- locali per attività diagnostiche, terapeutiche e socioassistenziali
- medicheria
- locale per riunioni e attività di gruppo e accoglienza strutturata
- locale archivio

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Per ciascun utente deve essere aperta una “cartella clinica”, in cui devono essere formulati e documentati una valutazione globale della patologia e dei bisogni. Se la persona necessita di interventi multiprofessionali e multidimensionali deve essere formulato un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato che deve definire: obiettivi, indicatori di tempo, interventi, modalità

di verifica periodica e di adeguamento. Alla definizione del progetto partecipano tutti i professionisti interessati al percorso di cura, assistenza e riabilitazione. L'utente o chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate esprime il proprio consenso al progetto e ne acquisisce copia.

Presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura;

Presenza programmata delle altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, in relazione alla popolazione del territorio servito e alla D. C. R. 17/2/1999, n. 41 "P. S. R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale"

Apertura per non meno di 12 ore al giorno per 6 gg. la settimana, con accoglienza della domanda, organizzazione della attività territoriale, intervento in condizioni di emergenza-urgenza;

In altre fasce orarie dei giorni feriali e nei giorni festivi sono assicurate la risposta su chiamata all'emergenza e l'assistenza programmata.

Devono essere assicurati, attraverso protocolli scritti il collegamento e la collaborazione per la continuità terapeutica con le seguenti strutture:

- Dipartimento di Emergenza-Urgenza;
- strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994 e alla D. C. R. 17/2/1999, n. 41 P. S. R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" ;
- servizi per le tossicodipendenze e l'alcoolismo;
- servizi di assistenza e strutture residenziali per disabili e anziani;
- medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- attività consultoriali

Devono essere assicurate, attraverso protocolli scritti l'attività di consulenza rivolta ai pazienti ricoverati in reparti ospedalieri, in strutture socio sanitarie, nel carcere e nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Devono essere documentate attraverso Linee Guida multiprofessionali le modalità con cui vengono garantite:

- le strategie di coinvolgimento verso pazienti non collaboranti con bisogni complessi;
- il lavoro con le reti informali in particolare con le associazioni degli utenti e dei familiari;
- il lavoro di promozione di mutuo aiuto
- le attività di intervento domiciliare
- la collaborazione con le agenzie /ditte di lavoro
- la condivisione del progetto terapeutico riabilitativo nonché le verifiche periodiche dello stesso, con l'utente e, con il suo assenso, i familiari e/o le persone di aiuto formalmente individuate, ed il medico di medicina generale.

Sono documentate le attività di verifica dell'applicazione delle Linee Guida

B2.3

CONSULTORIO FAMILIARE

Espleta le funzioni di cui alle leggi 405/75 e 194/78 e costituisce il punto di organizzazione complesso del servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità, all'infanzia e all'adolescenza.

Alle prestazioni specialistiche eventualmente erogate si applicano i requisiti relativi alle specifiche tipologie di prestazione definiti da B1.1 a B1.10.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1 e A2 e in B, sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita; la popolazione servita è quella del distretto socio-sanitario di base, che costituisce il bacino di utenza del consultorio.

Ciascun consultorio familiare dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locale per consulenza psicologica diagnostica e terapeutica e assistenza sociale;
- locali per visite ostetrico-ginecologiche, pediatriche etc;
- locali per riunioni ad uso polifunzionale (per corso preparazione nascita, attività di gruppo,..);
- spazio archivio.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il servizio di assistenza alla famiglia, alla maternità, all'infanzia è attuato con una piena integrazione fra sociale e sanitario e con un apporto degli enti locali in relazione soprattutto alle loro competenze sulla tutela del minore, le adozioni e gli affidi.

Presenza delle figure professionali mediche, laureati non medici, personale infermieristico e di assistenza sociale di cui all'art. 3 della legge 405/75; deve essere garantito almeno:

- un ostetrico-ginecologo;
- un pediatra;
- uno psicologo;
- una ostetrica/o;
- un assistente sociale;
- un'unità infermieristica o un assistente sanitario.

Tali figure possono essere integrate dall'apporto di altre specifiche professionalità, necessarie per il campo di intervento in cui opera il consultorio.

La dotazione di personale e la presenza nelle attività ambulatoriali sono programmate in relazione alla popolazione servita.

Le attività e le prestazioni consultoriali in ambito sociale e sanitario sono caratterizzate da unitarietà ed integrazione funzionale.

B2.4

PRESIDI PER IL TRATTAMENTO DEI TOSSICODIPENDENTI (SERT) – CENTRO AMBULATORIALE

Svolge le funzioni previste per i SerT dalle disposizioni regionali e nazionali.

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati al volume ed alla tipologia delle attività da svolgere.

Ciascun centro dispone almeno di:

- locale o spazio per sala di attesa;
- locale per segreteria e supporto amministrativo;
- locale o spazio per archivio;
- locale per visita medica;
- locale o spazio per terapie farmacologiche e vaccinazioni;
- locale o spazio per prelievi ematici;
- locale controllato per raccolta campioni biologici;
- locale per interventi psicologici;
- locale per interventi sociali – educativi - riabilitativi;
- locale per riunioni e attività di gruppo.

L'organizzazione degli spazi deve essere tale da garantire le esigenze di riservatezza e di sicurezza.

REQUISITI TECNOLOGICI

Le attrezzature devono essere rapportate agli interventi da svolgere; devono essere presenti almeno:

- cassaforte e/o armadio blindato per stupefacenti;
- frigorifero rispondente alle normative per la conservazione dei campioni biologici;
- contenitori rispondenti alle normative per il trasporto dei campioni biologici.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Deve essere assicurata la presenza di medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali ed educatori professionali in misura adeguata al numero di assistiti, alla loro tipologia e alle modalità di svolgimento delle attività.

Durante le ore di accesso diretto dei Cittadini/Utenti deve essere assicurata la contemporanea presenza di:

- un medico;
- un infermiere professionale;
- due unità tra psicologi, assistenti sociali e educatori professionali.

La dotazione del personale viene aggiornata annualmente in base ai dati di attività.

La direzione deve essere assicurata da un Dirigente come previsto dall'art. 6, d.m. Sanità 444/90.

Deve essere assicurata la disponibilità dei principali trattamenti per abuso e/o dipendenza da sostanze psicotrope, illegali e legali (alcol, farmaci, nicotina).

In particolare devono essere assicurati interventi:

- medico-farmacologici;
- psicologici/psicoterapici;
- socio-riabilitativi;
- di prevenzione individuale.

In caso di documentata necessità dell'Assistito gli interventi devono essere effettuati domiciliariamente.

Deve essere assicurata la disponibilità dei principali interventi di prevenzione e monitoraggio per malattie correlate o concomitanti, con modalità tali da garantirne la riservatezza e, ove richiesto, l'anonimato.

In particolare devono essere assicurati:

- lo screening e l'educazione sanitaria per la prevenzione dell'infezione da HIV;
- lo screening delle epatiti virali, l'educazione sanitaria e le vaccinazioni disponibili.

Devono essere assicurati percorsi assistenziali differenziati per dipendenze da sostanze legali e illegali.

Deve essere assicurata la gestione dell'assistenza ai tossico/alcolodipendenti detenuti ai sensi del D.L. 230/99.

Deve essere assicurata la rilevazione dei bisogni assistenziali nel settore.

Deve essere assicurato l'accesso diretto degli Utenti al SerT per non meno di sei ore al giorno, e l'erogazione di prestazioni programmate in altre fasce orarie.

Deve essere definita e documentata la procedura per l'erogazione dei trattamenti farmacologici nei giorni festivi e di chiusura del servizio.

Per ciascun assistito deve essere formulata e documentata la valutazione diagnostica multiprofessionale; in particolare, devono essere assicurati:

- visita medica;
- valutazione specialistica tossicologica;
- valutazione specialistica psichiatrica;
- psicodiagnosi;
- valutazione sociale.

Inoltre devono essere assicurati attraverso protocolli con Laboratori e Servizi di diagnostica per immagini:

- esami strumentali e di laboratorio (chimico-clinici, sierologici, tossicologici).

Per ciascun assistito è formulato e documentato un piano di trattamento personalizzato assicurandone:

- la periodica revisione e aggiornamento;
- il controllo dell'attuazione;
- il monitoraggio dell'efficacia.

Deve essere assicurata la rilevazione dei dati statistici ed epidemiologici.

Il SERT adotta un set di Informazioni Minime Essenziali (IME) in accordo al tracciato record regionale. Le IME incluse nel tracciato record devono essere trasmesse al competente ufficio regionale secondo modalità e tempi definiti e concordati.

SEZIONE C

REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI TECNOLOGICI SPECIFICI

PRESTAZIONI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO PER ACUTI

**REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI
SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN
REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO
E/O DIURNO PER ACUTI**

Classificazione

I presidi che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti sono classificati tenendo presente:

- *le modalità operative in funzione dello svolgimento delle attività in regime di elezione programmata o in regime di emergenza urgenza;*
- *la distribuzione dell'attività assistenziale lungo l'arco della giornata (presenza o assenza di pernottamento).*

Sulla base dei criteri sopra evidenziati vengono individuate le seguenti classi:

classe A

presidi di cura che assicurano prestazioni ospedaliere per acuti in regime di urgenza emergenza;

classe B

presidi di cura che assicurano ordinariamente prestazioni ospedaliere per acuti solo in regime di elezione programmata;

classe C

presidi autonomi di day surgery che assicurano prestazioni ospedaliere per acuti in regime di elezione programmata esclusivamente a ciclo diurno, limitate alle sole ore del giorno.

Non è consentita l'attivazione di presidi monospecialistici afferenti l'attività di ricovero per acuti di psichiatria.

Tutti i presidi di ricovero per acuti, indipendentemente dalla classe di appartenenza e per quanto non espressamente specificato, devono possedere i requisiti organizzativi strutturali impiantistici e tecnologici generali già definiti in A1 e A2.

Per i requisiti relativi all'attività di diagnostica e di analisi chimico-cliniche connesse al ricovero relativamente alle discipline presenti nei presidi delle classi A, B, C, vale, per quanto non espressamente specificato, quanto definito per lo svolgimento delle attività specifiche in ambito ambulatoriale.

Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali erogate all'interno dei presidi di ricovero di classe A, B, C, si applicano i requisiti specifici definiti nella sezione B.

REQUISITI STRUTTURALI

Ad esclusione delle attività ad integrazione socio-sanitaria deve essere garantito l'accesso al presidio indipendente da quello utilizzato per altre finalità non riferite all'attività sanitaria e deve essere esclusa ogni forma di comunicazione interna.

E' consentito che gli spazi per l'attesa e relativi servizi igienici per l'utenza, accettazione e attività amministrative possono essere in comune fra più attività sanitarie ed ad integrazione socio-sanitaria gestite da titolarità diverse, purché opportunamente dimensionati.

Nelle camere di degenza e nel locale visita le superfici delle pareti e del pavimento devono risultare facilmente lavabili e disinfettabili.

Le superfici devono risultare ignifughe, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento. Quest'ultimo deve essere resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antisdrucchiolo.

REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE CLASSI A E B

La dotazione minima per l'esercizio è fissata in 32 posti letto.

L'articolazione interna

I presidi di ricovero sono articolati in strutture organizzative.

Le strutture organizzative possono essere:

- professionali, corrispondenti a singole discipline;
- funzionali, accorpanti più discipline secondo criteri di omogeneità per settori specialistici ovvero per modalità assistenziali, intensità delle cure, durata della degenza o regime di ricovero. Le discipline accorpate devono essere esplicitate. La presenza di specialisti deve essere adeguata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate nelle singole discipline.

La direzione definisce l'organizzazione interna del presidio individuando le singole strutture organizzative ed i relativi livelli di responsabilità, con esplicitazione dei criteri adottati.

Nel caso in cui all'interno del presidio siano presenti strutture organizzative di medicina generale e di area medica, è necessario che sia garantita la presenza in organico di almeno un titolare della funzione operativa di medicina generale e/o di altra disciplina afferente l'area medica stessa.

Nel caso in cui all'interno del presidio siano presenti strutture organizzative di chirurgia generale e di area chirurgica, è necessario che sia garantita la presenza in organico di almeno un titolare della funzione operativa di chirurgia generale e/o di altra disciplina afferente l'area chirurgica stessa.

Nel caso in cui all'interno del presidio siano presenti strutture organizzative afferenti sia l'area medica che l'area chirurgica, è necessario che sia garantita, in pianta organica, la presenza di entrambi i soggetti di cui ai punti precedenti.

Il personale sanitario, comunque, deve essere adeguato alla tipologia ed al volume dell'attività svolta nel presidio.

Devono essere applicate modalità organizzative per la movimentazione di cose e persone.

Per ciascun presidio sono definiti:

- un piano di emergenza interna per la sua rapida evacuazione, integrato nei programmi aziendali per la gestione delle emergenze;
- un piano di emergenza interna per l'accettazione di un numero elevato di pazienti, integrato nei programmi regionali ed aziendali per la gestione delle maxiemergenze.

Vengono individuati ai punti C1.3 - C1.15 i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi specifici riferiti a:

- Area di Degenza	(C1.3)
- Day Hospital	(C1.4)
- Day Surgery	(C1.5)
- Punto Nascita - Blocco Parto	(C1.6)
- Reparto Operatorio	(C1.7)
- Frigoemoteca	(C1.8)
- Anatomia Patologica	(C1.9)
- Gestione Farmaci e Materiale Sanitario	(C1.10)
- Servizio di Sterilizzazione	(C1.11)
- Servizio di Sanificazione attrezzature, arredi e di Disinfestazione	(C1.12)
- Servizio Cucina - Dispensa	(C1.13)
- Servizio Lavanderia - Guardaroba	(C1.14)
- Servizio Mortuario	(C1.15)

REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LA CLASSE A

I presidi che erogano prestazioni ospedaliere per acuti in regime di emergenza-urgenza costituiscono parte integrante del sistema di emergenza-urgenza e sono caratterizzati dalla presenza di strutture organizzative dedicate al Pronto Soccorso, all'accettazione e al successivo trattamento dello stato di emergenza, secondo le indicazioni contenute nel P.S.R.

Si distinguono due tipologie di strutture di ricovero ospedaliero di classe A: A₁ ed A₂;

- Presidi di classe A₁ : assicurano ordinariamente prestazioni ospedaliere per acuti e prestazioni ospedaliere chirurgiche in regime di elezione programmata, sono operativamente attrezzati per rispondere alle emergenze – urgenze mediche e per inquadrare clinicamente e discriminare le urgenze chirurgiche. Partecipano al sistema di emergenza urgenza essendo dotati nell'ambito delle funzioni di Pronto Soccorso, dei requisiti C1.1 almeno di livello di Pronto Soccorso di Base. In considerazione delle situazioni geografiche e dei tempi di percorrenza verso i Presidi della rete, il pronto soccorso si avvale di elisuperfici attrezzate anche per il volo notturno e della disponibilità di tele diagnostica per immagini e di diagnostica di laboratorio tradizionale e o POCT.
- Presidi di classe A₂: oltre ai requisiti caratterizzanti la classe A₁, sono dotati, nell'ambito delle funzioni di Pronto Soccorso, dei requisiti C1.1 definiti per i DEA di I e/o II livello.

Tutti i presidi che partecipano al sistema di emergenza urgenza devono comunque garantire:

- il pronto soccorso ospedaliero secondo le specifiche definite in C1.1;
- la continuità dell'assistenza medica per tutte le attività di ricovero svolte, come indicato in C1.1;
- la presenza continuativa di personale infermieristico per tutte le attività di assistenza alla persona realizzate attraverso la turnazione continua, nelle 24 ore, di personale infermieristico e di supporto in funzione della complessità della attività svolta;

- la presenza di moduli organizzativi per le attività diagnostiche determinati in funzione della tipologia e complessità dell'attività;
- la dotazione di servizi generali e di supporto, correlati alla tipologia e complessità dell'attività svolta nel presidio.

Vengono individuati ai punti C1.1 e C1.2 i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi specifici per alcune attività intraospedaliere caratterizzanti il sistema di emergenza urgenza:

- Pronto soccorso (C1.1)
- Rianimazione con posti letto di terapia intensiva (limitatamente alla classe A₂) (C1.2)

REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LA CLASSE B

I presidi che erogano ordinariamente prestazioni ospedaliere per acuti in regime di elezione programmata per attività di alta specialità o per altre attività, esercitate sia in area medica che chirurgica devono garantire:

- l'accettazione sanitaria, opportunamente separata dalla accettazione amministrativa, organizzata in funzione della tipologia e della complessità dell'attività svolta;
- la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24, almeno attraverso la presenza continuativa di personale medico e/o chirurgico nelle ore diurne e notturne in funzione della tipologia e della complessità dell'attività svolta;
- nei presidi in cui sono presenti strutture organizzative di tipo chirurgico deve essere assicurato un servizio di anestesia e rianimazione che garantisca un intervento in pronta disponibilità in caso di necessità;
- la presenza continuativa dell'attività di assistenza alla persona per tutte le attività svolte, realizzata attraverso la turnazione continua di personale infermieristico e/o tecnico, in funzione della tipologia e della complessità dell'attività svolta;
- la disponibilità nel presidio, nell'arco delle 24 ore, di attività diagnostiche correlate alla tipologia e complessità dell'attività svolta. In ogni caso deve essere disponibile un apparecchio radiologico portatile monoblocco e un apparecchio ecografico. Nelle strutture di ricovero di area chirurgica anche un apparecchio radiologico portatile ad anodo rotante. Le attività di analisi chimico-cliniche possono essere garantite anche attraverso il ricorso a rapporti con strutture autorizzate all'esercizio di tali attività.
Deve comunque essere garantita l'attività di prelievo. I rapporti devono essere opportunamente documentati e la documentazione deve essere resa disponibile;
- la dotazione di servizi generali e di supporto correlati alla tipologia e complessità dell'attività svolta.

REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LA CLASSE C

La dotazione minima per il funzionamento è fissata in 5 posti letto.

I presidi autonomi di day surgery sono dotati di autonomia strutturale, amministrativa e gestionale.

I presidi autonomi di day surgery devono garantire:

- l'accettazione sanitaria e amministrativa organizzata in funzione della tipologia e della complessità dell'attività svolta;

- la disponibilità di attività diagnostiche correlate alla tipologia e complessità dell'attività svolta anche attraverso il ricorso a rapporti con strutture autorizzate. Deve comunque essere garantita l'attività di prelievo. I rapporti devono essere opportunamente documentati e la documentazione deve essere resa disponibile.

Devono essere soddisfatti i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi specifici riferiti a:

- Presidio autonomo di day surgery (C1.16)

ed inoltre, salve le diverse specificazione contenute nella sottosezione C1.16, i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi specifici riferiti a:

- Reparto Operatorio (C1.7)
- Gestione Farmaci e Materiale Sanitario (C1.10)
- Servizio di Sanificazione attrezzature, arredi e di Disinfestazione (C1.12)
- Servizio Lavanderia - Guardaroba (C1.14)

C1.1

PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO

La struttura organizzativa deputata all'emergenza deve assicurare 24 ore su 24, gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e gli altri interventi diagnostico-terapeutici clinico strumentali di urgenza; deve garantire un'area di osservazione di norma limitata alle 24 ore; deve assicurare le modalità di trasporto protetto.

1) Pronto soccorso di base

Il pronto soccorso di base deve garantire nel presidio ospedaliero:

- guardia attiva della struttura organizzativa di pronto soccorso;
- attività di chirurgia generale;
- attività di medicina interna;
- attività diagnostica di laboratorio;
- attività diagnostica per immagini;
- attività trasfusionale;
- assistenza farmaceutica ospedaliera.

2) Pronto soccorso del D.E.A. (Dipartimento Emergenza Accoglienza) di I° livello

Il pronto soccorso del DEA di I° livello, oltre ai requisiti previsti per il pronto soccorso di base, deve garantire anche i seguenti:

- attività di diagnostica per immagini dedicata che preveda almeno una diagnostica tradizionale, un ecografo multidisciplinare e una TC multistrato
- attività di ortopedia e traumatologia;
- attività di ostetricia e ginecologia;
- attività di pediatria;
- terapia intensiva;
- attività cardiologica con degenza a livello subintensivo.
- area di osservazione con una permanenza non superiore alle 24 ore

3) Pronto soccorso del D.E.A. (Dipartimento Emergenza Accoglienza) di II° livello

Il pronto soccorso del DEA di II° livello, oltre ai requisiti previsti per il pronto soccorso di base e per quello del DEA di I° livello, deve garantire anche i seguenti:

- una TC multistrato;
- neurochirurgia;
- chirurgia cardiaca;
- chirurgia toracica;
- chirurgia vascolare.
- laboratorio di emodinamica funzionante 24 ore su 24

Il pronto soccorso del DEA di I° e II° livello può prevedere la degenza breve non superiore alle 72 ore.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

Il pronto soccorso deve essere facilmente accessibile e la viabilità di accesso deve essere dedicata e facilmente identificabile anche nelle ore notturne.

AREA INGRESSO ACCOGLIENZA ACCETTAZIONE

Deve prevedere:

- camera calda (area coperta e riscaldata di accesso diretto per mezzi e pedoni);
- atrio ingresso principale (con accesso riservato per i pedoni);
- locale/spazio per barelle e sedie a rotelle;
- area attesa utenti/accompagnatori;
- area colloquio utenti-accompagnatori;
- servizi igienici di cui almeno 1 accessibile ai disabili;
- spazio registrazione \ segreteria \ archivio.

AREA VALUTAZIONE

- area triage (la funzione triage è obbligatoria sopra i 25000 accessi);
- area attesa “osservata” pazienti nel p. s. di base;
- area attesa “osservata” pazienti barellati nel p. s. del DEA di I° e II° livello;
- area attesa pazienti deambulanti nel p. s. del DEA di I° e II° livello;
- locale per la gestione dell'emergenza attrezzato per la stabilizzazione del paziente critico;
- locale/i multifunzionale/i per visita pazienti deambulanti in numero proporzionale agli accessi;
- locale/i o box multifunzionale/i per visita e permanenza pazienti barellati in numero proporzionale agli accessi;
- locale visita “infettivi” con filtro;
- locale rispetto morenti;
- locale lavoro personale sanitario;
- servizi igienici del personale
- servizi igienici per gli utenti di cui almeno 1 accessibile ai disabili;
- deposito pulito;
- vuotatoio, deposito sporco;
- deposito attrezzature

AREA OSSERVAZIONE

- posti letto tecnici di osservazione (1 ogni 8000 accessi) in camere o box “osservati”;
- locale lavoro personale sanitario (anche in comune con l'area valutazione);
- area colloquio utenti-accompagnatori ;
- locale/spazio ristoro;
- servizi igienici per il personale(anche in comune con l'area valutazione);
- deposito attrezzature (anche in comune con l'area valutazione);
- deposito pulito (anche in comune con l'area valutazione);
- deposito sporco (anche in comune con l'area valutazione).

A supporto delle attività assistenziali devono essere presenti:

- locale responsabile nel pronto soccorso del DEA di I° e II° livello;
- locale infermiere coordinatore nel pronto soccorso del DEA di I° e II° livello;
- locale medico di guardia con servizio igienico;
- locale relax personale;
- spogliatoio (se non centralizzato);
- magazzino scorte (può coincidere con il deposito attrezzature).

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

Ogni unità deputata al pronto soccorso deve possedere i seguenti requisiti:

- impianto di illuminazione di emergenza;
- impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto;
- impianto di climatizzazione che garantisca specifiche caratteristiche igrometriche in funzione della destinazione d'uso dei vari ambienti..

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

La dotazione minima strumentale deve prevedere:

- elettrocardiografo;
- defibrillatore con stimolatore cardiaco transcutaneo;
- un letto da rianimazione;
- ventilatore/i per ventilazione non invasiva;
- ventilatore/i per alte prestazioni per pazienti intubati;
- lampada scialitica;
- elettrobisturi;
- emogasanalizzatore;
- monitor multiparametrici per area valutazione;
- monitor multiparametrici per area osservazione;
- pulsiossimetri portatili: almeno 1 per area triage e 1 per i locali di visita;
- fibrolaringoscopio

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni di Pronto Soccorso deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni

Deve essere garantita la funzione di triage (obbligatoria sopra i 25.000 accessi), come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento.

Tale funzione deve essere svolta da personale infermieristico dedicato, adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti.

Nell'ambito dell'accettazione ospedaliera deve essere garantita la diversificazione organizzativa dell'attività di accettazione dei ricoveri programmati dall'attività di pronto soccorso che è rivolta a pazienti provenienti dal territorio.

Deve essere garantita una tempestiva risposta alle situazioni di emergenza-urgenza attraverso la definizione dei collegamenti funzionali ed operativi con le varie strutture organizzative interessate.

Devono essere predisposte e attivate linee guida e regolamenti interni per la gestione delle principali patologie e problematiche (es. trasporto protetto, segnalazioni obbligatorie ad autorità ed enti).

Deve essere assicurata una valutazione dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero

Deve essere prevista la registrazione analitica di tutti i dati di attività del P.S.

Devono essere predisposti piani di risposta alle maxi emergenze.

Devono essere definite le modalità organizzative in riferimento alle situazioni di emergenza/urgenza psichiatrica.

C1.2**RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (alta intensità di cure)**

Le attività di ricovero in rianimazione e terapia intensiva (alta intensità di cure) sono dedicate al trattamento intensivo dei soggetti affetti da una o più insufficienze d'organo acute, potenzialmente reversibili, tali da comportare pericoli di vita ed insorgenze di complicanze maggiori, la cui criticità non ne consente l'adeguata gestione in degenza ordinaria.

Sono caratterizzate da netta prevalenza di pazienti che necessitano di un elevato livello di cure tecnologiche e di nursing "intensivo". Vengono assistiti pazienti con necessità di ventilazione artificiale/CPAP(Continuos Positive Airways Pressure), monitoraggio pressione arteria polmonare o intracranica, somministrazione di vasoattivi associata ad emodialisi/emofiltrazione con necessità di assistenza infermieristica continua.

Al suo interno è differenziabile un livello alto (high therapy, HT) e basso (low therapy, LT) secondo il NEMS(Nine Equivalent of nursing Manpower Score). Il livello basso (LT) è rivolto a pazienti che non necessitano di ventilazione continua associata a trattamenti intensivi maggiori ed è in grado di garantire la ventilazione del paziente di tipo intermittente o al bisogno;

La configurazione ambientale delle unità di rianimazione e terapia intensiva può essere a degenza singola o a degenze multiple.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

La dotazione minima di ambienti per la rianimazione e terapia intensiva è la seguente:
degenze dotate di spazio tale da consentire agevoli manovre assistenziali sui quattro lati;
locale per pazienti infetti dotato di zona filtro;
locale medici e infermieri;
locale lavoro infermieri anche ai fini della preparazione delle terapie infusionali;
spazio adibito ai colloqui con i familiari;
servizi igienici per il personale;
deposito presidi sanitari ed altro materiale pulito;
deposito materiale sporco.

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

Impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri.

T = 20 – 24 °C

U% = 40 – 60%

Ricambi aria pari a 6 V/h

Classe dei filtri > 10-11 (95- 99,97%)

E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:
impianto di gas medicali;
impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali;
deve essere garantita la continuità dell'alimentazione elettrica.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

La dotazione tecnologica deve essere correlata alla tipologia e al volume delle attività erogate.

- letto tecnico attrezzato per la rianimazione;
- ventilatore automatico da rianimazione dotato di diversificate modalità di ventilazione sia per la ventilazione assistita che per il divezzamento, fornito di sistemi di allarme standardizzati per la sicurezza dell'utente;
- monitor per la rilevazione dei parametri vitali (cardiologici, pressori incruenti e/o cruenti, respiratori compresi capnografia e pulsiossimetria);
- sistema di riscaldamento paziente;
- aspiratori per broncoaspirazione;
- lampada scialitica o fonte di illuminazione anche per piccoli interventi;
- diafanoscopio a parete o su carrello;
- frigoriferi separati per la conservazione dei farmaci e emoderivati;
- carrello di emergenza urgenza dotato di monitor defibrillatore, pace maker esterno e sincronizzatore;
- emogasanalizzatore ed emossimetro.
- fibrobroncoscopio;
- sistema di infusione controllato dei farmaci;
- disponibilità in sede di apparecchiatura per emofiltrazione.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia ed al volume dell'attività svolta.

Devono essere predisposti e attivati regolamenti interni e linee guida per lo svolgimento delle principali attività di gestione concordati con le strutture organizzative interessate, ivi compresi i protocolli di accesso alla degenza stessa.

L'organizzazione del lavoro deve prevedere le procedure per fornire risposte adeguate sia alle richieste routinarie sia alle richieste in emergenza-urgenza intraospedaliere ed a livello del pronto soccorso.

C1.3

AREA DI DEGENZA

L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero. L'area di degenza deve essere strutturata in modo flessibile e tale da consentire l'utilizzazione da parte di discipline diverse e per differenziati livelli di assistenza.

REQUISITI STRUTTURALI

camera di degenza singola: 12 mq;

camera di degenza multipla:

– 9 mq per posto letto;

– non più di 4 posti letto per camera;

nelle strutture esistenti è consentita una superficie minima della camera di degenza multipla di 9 mq per il primo posto letto e di 7 mq per ogni letto ulteriore fino ad un massimo di 4 posti letto per camera;

il 10% delle stanze di degenza deve ospitare un solo letto;

un servizio igienico ogni 4 posti letto. I servizi igienici devono essere accessibili ai disabili;

una doccia/vasca ogni 8 posti letto non serviti da servizi igienici dotati anche di doccia/vasca ad uso esclusivo della camera;

La dotazione minima di ambienti per una degenza fino a 40 posti letto è la seguente:

un bagno assistito in coerenza con l'attività svolta;

un locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con comandi non manuali;

un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta;

spazio per capo sala;

un locale per medici;

un locale per soggiorno;

un locale/spazio per il deposito del materiale pulito;

un locale per deposito attrezzature;

un locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco e dotato di vuotatoio e lavapadelle;

locale/spazio ristoro;

servizi igienici per il personale,

spazio attesa visitatori;

Per le *degenze pediatriche*: devono essere previsti locali di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, proporzionati al loro numero. Deve essere previsto un locale per la permanenza

dell'accompagnatore, e la possibilità di dormire, in maniera adeguata, nella camera con il bambino. Nel caso di degenze destinate a lattanti/divezzi non è vincolante la dotazione di un servizio igienico ogni 4 posti letto.

Per le *degenze psichiatriche* deve essere previsto un locale specifico, solo per SPDC organizzati autonomamente, per colloqui/visite specialistiche e soggiorno in relazione al numero dei posti letto.

Per le *degenze di riabilitazione* devono inoltre essere garantiti: servizi igienici, con possibilità di accesso e rotazione completa della carrozzina; locali e palestra per le terapie riabilitative.

Per i *ricoveri in regime di lungodegenza* deve essere previsto un bagno assistito ogni 20 posti letto e comunque uno per piano di degenza.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Dotazione minima impiantistica:

impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- $T = 20 - 26 \text{ }^{\circ}\text{C}$
- $U\% = 40 - 60\%$
- Ricambi aria pari a 2 V/h

impianto illuminazione di emergenza;

nelle camere devono essere presenti almeno 3 prese per alimentazione elettrica per posto letto;

impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa;

impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto. Nelle degenze psichiatriche e di riabilitazione è consentito che l'impianto sia previsto per almeno il 10% dei posti letto;

REQUISITI TECNOLOGICI

La dotazione minima di tecnologica per una degenza fino a 40 posti letto è la seguente:

Carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale; in rapporto alla tipologia organizzativa e strutturale del presidio è consentito l'utilizzo di un carrello per la gestione dell'emergenza a comune fra più strutture organizzative di degenza. In ogni caso deve essere previsto almeno un carrello per piano;

carrello per la gestione terapia;

carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

Per le degenze di riabilitazione fase acuta devono essere garantite attrezzature connesse al tipo di patologia trattata.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

La dotazione organica del personale addetto, medico infermieristico e tecnico sanitario e di riabilitazione, deve essere rapportata alla tipologia e al volume delle attività e alla complessità delle patologie trattate e comunque deve essere garantito quanto riportato in C1.

DAY - HOSPITAL

Il day-hospital deve disporre di spazi per il trattamento diagnostico-terapeutico e per il soggiorno dei pazienti in regime di ricovero a tempo parziale (di tipo diurno).

L'attività di spedalizzazione a ciclo diurno è condizionata dall'esistenza della relativa struttura organizzativa che svolge anche attività in regime di ricovero ordinario. Nelle singole strutture organizzative di ricovero il numero dei posti-letto per l'attività assistenziale a ciclo diurno non può superare quello dei posti- letto a ciclo continuo.

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

La dotazione minima di ambienti per il day-hospital è la seguente:

- spazio attesa;
- locale visita;
- ambienti dedicati alla degenza con requisiti analoghi alle camere di degenza (C1.3) ad esclusione della superficie che può essere di 7 mq per posto letto ;
- locale lavoro infermieri;
- locale/spazio ristoro;
- deposito pulito;
- deposito sporco;
- servizi igienici distinti per utenti e per il personale.

Qualora la funzione di day-hospital si svolga all'interno di un'area di degenza, i servizi di supporto sopraindicati possono essere comuni.

REQUISITI IMPIANTISTICI

La dotazione minima impiantistica prevista è la seguente:

impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- $T = 20 - 26 \text{ }^\circ\text{C}$
- $U\% = 40 - 60\%$
- Ricambi aria pari a 2 V/h

impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto;

Dotazione minima di arredi: analoga alle camere di degenza (C1.3); i letti possono essere sostituiti da poltrone reclinabili;

impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa;

utilities per attività alberghiera.

Dotazione minima di arredi: locale visita trattamento:
attrezzature idonee in base alle specifiche attività;
lettino tecnico.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

la dotazione organica del personale medico, infermieristico, e tecnico sanitario e della riabilitazione deve essere rapportata al volume e alla tipologia delle attività e alla complessità delle patologie trattate: nell'arco delle ore di attività di day-hospital deve essere garantita la presenza di almeno un medico e un infermiere anche non dedicati.

DAY - SURGERY

Con il termine di chirurgia di giorno si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno (day surgery) in anestesia locale, loco-regionale e generale.

Le attività di day surgery possono essere effettuate secondo tre possibili modelli organizzativi all'interno del presidio di ricovero e cioè:

- a) struttura organizzativa autonoma, professionale o funzionale, all'interno della stessa sede ospedaliera o casa di cura, dotata di accettazione, degenza, sale operatorie ed eventuali servizi di supporto indipendenti;
- b) struttura organizzativa professionale o funzionale, all'interno della stessa sede ospedaliera o casa di cura, esclusivamente dedicata ai casi di chirurgia di giorno;
- c) posti letto all'interno di strutture organizzative professionali o funzionali, nella stessa sede ospedaliera o casa di cura, che svolgano anche attività in regime di ricovero ordinario.. Nelle singole strutture organizzative, il numero dei posti letto a ciclo diurno non può superare quello dei posti letto a ciclo continuo.

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

La dotazione minima di ambienti per il day-surgery è la seguente:

- spazio attesa;
- spazio registrazione archivio;
- filtro sala operatoria;
- sala operatoria: deve possedere gli stessi requisiti indicati per il gruppo operatorio;
- zona preparazione personale addetto;
- zona preparazione paziente;
- zona risveglio;
- deposito materiali sterili e strumentario chirurgico;
- locale visita, anche non contiguo;
- camera degenza;
- locale/spazio ristoro;
- servizi igienici pazienti;
- servizi igienici personale;
- deposito pulito;
- deposito sporco;

Ad eccezione degli ambienti dedicati alla degenza in regime di ricovero diurno, qualora la funzione di day surgery si svolga all'interno di un'area di degenza, i servizi di supporto sopraindicati possono essere comuni.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Le caratteristiche impiantistiche per la sala operatoria coincidono con quelle del gruppo operatorio.

Nei locali di degenza impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- $T = 20 - 26 \text{ }^\circ\text{C}$
- $U\% = 40 - 60\%$
- Ricambi aria pari a 2 V/h

Dotazione minima di arredi *camere di degenza*:

requisiti analoghi alle camere di degenza (C1.3) ad esclusione della superficie che può essere di 7 mq per posto letto ;

Dotazione minima di arredi *locale visita*:

- attrezzature idonee in base alle specifiche attività;
- lettino tecnico.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume e alla tipologia delle attività e alla complessità delle patologie trattate;

per l'intero orario di funzionamento della day-surgery deve essere garantita la presenza di almeno un medico appartenente alla disciplina richiesta per l'espletamento dell'attività o disciplina equipollente, un medico specializzato in anestesia e rianimazione e una figura infermieristica anche non dedicati;

nel caso in cui la day-surgery sia organizzata secondo i modelli a) e b) deve essere individuata una figura infermieristica responsabile dedicata;

nel caso di prestazioni di radiologia interventistica deve essere garantita la presenza di un tecnico sanitario di radiologia medica;

il medico specialista in anestesia e rianimazione deve essere presente per tutta la durata dell'intervento, anche se condotto in sedazione endovenosa e fino al pieno recupero della coscienza dell'operato e della sua permanenza in sala operatoria. E' suo compito la valutazione e la preparazione dell'intervento, l'esecuzione delle tecniche di anestesia di competenza e l'immediato controllo post-operatorio per tutta la permanenza in sala operatoria;

egli deve documentare il proprio operato sulla cartella clinica del paziente, annotando la tecnica di anestesia impiegata, il tipo e le dosi dei farmaci anestetici utilizzati, l'ora di inizio e di

completamento dell'intervento, il decorso clinico intraoperatorio e le eventuali complicanze; per quanto di competenza, l'anestesista e il chirurgo indicano l'ora in cui il paziente può lasciare i locali della Day-Surgery ed appongono la propria firma in calce a tali dichiarazioni.

Devono essere rese note al paziente al momento della dimissione le modalità secondo le quali è organizzata la reperibilità medica per le 24 ore giornaliere. Dette modalità devono essere definite per iscritto. In particolare all'atto della dimissione il paziente dovrà ricevere idonee istruzioni e l'eventuale recapito della struttura organizzativa di riferimento nelle successive 24 ore, oltre ad una breve relazione con la indicazione delle possibili complicanze e la terapia.

Dovranno essere definite le procedure di ammissione del paziente in base alla valutazione clinica, alle condizioni logistiche e familiari secondo quanto eventualmente riportato nelle specifiche linee guida.

Gli interventi effettuati devono essere riportati su apposito Registro, unitamente a:

- elementi identificativi del paziente,
- diagnosi,
- nominativi e qualifica degli operatori,
- procedura eseguita,
- ora di inizio e fine della procedura stessa,
- eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate,
- tipo di anestesia,
- complicanze immediate.

Per ogni paziente dovrà essere compilata una specifica cartella clinica all'interno della quale dovranno essere conservate la scheda anestesiologicala e la scheda di monitoraggio post-operatorio del paziente.

Deve essere predisposta una relazione di dimissione, destinata al medico curante, contenente tutti gli elementi relativi all'intervento ed alla procedura eseguita, unitamente alle prescrizioni terapeutiche eventualmente proposte.

PUNTO NASCITA - BLOCCO PARTO

Il Punto nascita costituisce unità di assistenza per gravidanze e neonati. L'attività viene svolta a livello ambulatoriale (per i cui requisiti si rinvia alla sezione B), nell'area di degenza e nel blocco parto.

In tutti i punti nascita devono essere disponibili le prestazioni di diagnostica per immagini e di medicina di laboratorio anche attraverso il ricorso a strutture esterne.

Il blocco parto deve disporre di spazi per lo svolgimento del parto, anche in regime di urgenza, per la prima assistenza ai neonati e per l'attività chirurgica di tipo ostetrico.

Deve essere garantita l'assistenza al neonato in attesa e durante il trasporto protetto ivi compreso un servizio di trasporto assistito materno secondo le indicazioni regionali.

La gravidanza ed il parto sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato.

È necessario che ad ogni parto venga garantito un livello essenziale ed appropriato di assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica.

L'offerta dei servizi ospedalieri ostetrici e pediatrici/neonatologici non può prescindere da un'organizzazione a rete su base regionale articolata in tre livelli, con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali, in modo da garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziali della singola persona e appropriatezza ed efficacia delle cure erogate.

I tre livelli, per le cui specifiche si rimanda agli atti di programmazione vigenti, sono:

- **Punti nascita di 1° livello** - unità che assistono gravidanze e parti a rischio, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipici del 2° o 3° livello, per la madre e per il feto;
- **Punti nascita di 2° livello** - unità che assistono gravidanze e parti anche a rischio in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del 3° livello, per la madre e per il feto;
- **Punti nascita di 3° livello** - unità che assistono gravidanze e parti anche a rischio elevato ivi comprese quelle situazioni di alto rischio perinatale (anche provenienti da altri livelli) e di assistenza a soggetti "inborn¹" di qualsiasi peso o età gestazionale;

I punti nascita di livello inferiore devono essere formalmente e funzionalmente collegati con i punti nascita dei livelli superiori, per garantire la continuità assistenziale.

PUNTI NASCITA DI 1° LIVELLO

Tutti i punti nascita di I° livello devono attivare specifici accordi con i livelli superiori, per garantire l'assistenza immediata d'urgenza ai nascituri, ai neonati e alle partorienti, che imprevedibilmente presentino condizioni cliniche d'emergenza. Nel caso specifico è necessario

prevedere collegamenti funzionali per la richiesta dell'intervento del Servizio Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) o del Servizio Trasporto Materno Assistito (STAM).

REQUISITI STRUTTURALI

Area di degenza ostetricia e nido - rooming in:

Oltre agli spazi specifici già individuati per l'area di degenza indifferenziata, viene richiesta la seguente dotazione di ambienti:

- locale d'isolamento per malattie infettive presunte o in atto, sia per la donna che per il neonato;
- area di assistenza neonatale in continuità con l'area di degenza di Ostetricia e Ginecologia, privilegiando il rooming-in;
- n. posti letto rapportati al volume di attività;
- numero di culle rapportato al volume di attività svolta con un minimo di n. 8 culle fino a 500 neonati sani;

Blocco parto

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

La dotazione minima di ambienti per il blocco parto è la seguente:

- n. 2 sale travaglio-parto dotate ciascuna di 1 solo letto con spazio dedicato ai prodromi di travaglio (o in alternativa area travaglio-parto che consenta l'espletamento di almeno due parti in contemporanea strutturati in modo tale da garantire riservatezza e privacy anche mediante ausilio di supporti rimovibili);
- isola neonatale, localizzata all'interno delle sale travaglio-parto o, se unica, comunicante con queste;
- 1 sala operatoria dedicata, in assenza di blocco operatorio, che deve garantire gli stessi requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici previsti per il gruppo operatorio ad eccezione dei servizi igienici per il personale e della zona relax. La sala operatoria o il blocco operatorio devono essere posti nelle immediate vicinanze della sala parto e sullo stesso piano;
- zona di osservazione post-partum;
- deposito dispositivi medici e strumentario chirurgico;
- servizi igienici per le partorienti;
- servizi igienici per il personale, anche esterni al blocco parto
- locale lavoro infermieri/ostetriche;
- deposito materiale sporco;
- spazio attesa per accompagnatori, anche esterno al blocco parto.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Blocco parto

Le sale travaglio-parto devono essere dotate di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti caratteristiche igrotermiche:

- temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24°C;
- umidità relativa estiva e invernale 30 -60%;
- ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 6 v/h;
- classe dei filtri > 11-12 (99,9- 99,97%);

E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:
impianto di erogazione di ossigeno e area compressa e prese vuoto

Impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali.

REQUISITI TECNOLOGICI

Area di degenza nido - rooming in:

Devono essere presenti almeno:

- n. 2 culle per patologia neonatale lieve;
- n. 1 incubatrice

Blocco parto

Per ogni sala travaglio-parto deve essere prevista la seguente dotazione minima dedicata:

- carrello di emergenza o attrezzatura equivalente;
- testa letto con erogazione di ossigeno e prese vuoto;
- letto tecnico per travaglio parto;
- orologio con contasecondi a muro.

Per le sale travaglio-parto deve essere prevista la seguente dotazione comune:

- lampada scialitica mobile (almeno 1 ogni 2 sale comunicanti o area travaglio-parto) ;
- n. 1 cardiocografo e comunque non meno di 2 per blocco parto;
- n. 1 elettrocardiografo (disponibile h 24);
- n. 1 ecografo (disponibile h 24) per le emergenze ostetriche;
- n. 2 pompe a siringa;
- n. 2 saturimetri pulsati;

Isola neonatale:

- n. 1 lettino di rianimazione con lampade radianti ogni 500 nati anno;
- n. 2 erogatori di O₂, aria medica e presa vuoto;
- n. 2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali (o in alternativa 1 ventilatore polmonare portatile);
- 2 valvole di limitazione del picco pressorio dei gas erogati;
- strumentazione adeguata:
- disponibilità h 24 di: n. 2 set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico;
- n. 1 saturimetro percutaneo (disponibile);

- n. 1 misuratore PA (disponibile);
- n. 1 pompa a siringa (disponibile);
- n. 1 incubatrice da trasporto con dotazioni come da indicazione dello STEN (Servizio Trasporto Emergenza Neonatale).

PUNTI NASCITA DI 2° LIVELLO

I punti nascita di 2° livello sono dotati di Unità Funzionali Neonatologiche comprendenti anche posti letto di patologia neonatale intermedia.

Devono essere collocati in uno stabilimento ospedaliero dotato di servizio di rianimazione e terapia intensiva generale e devono prevedere aree ben distinte per l'assistenza al neonato sano e per l'assistenza alla patologia intermedia con possibilità di attuare misure di isolamento nel sospetto di infezione.

Esse devono altresì attivare collegamenti funzionali, per garantire l'assistenza immediata d'urgenza ai nascituri, ai neonati e alle partorienti, tramite attivazione del Servizio Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) o del Servizio Trasporto Materno Assistito (STAM) per l'eventuale trasferimento in punti nascita di 3° livello.

Oltre ai requisiti del 1° livello, devono essere garantiti i seguenti requisiti

REQUISITI STRUTTURALI

Area di degenza ostetrica e nido - rooming in:

- posti letto e culle in numero adeguato all'attività svolta nel rispetto degli atti programmatici ed indirizzi vigenti.

Area degenza patologia neonatale intermedia:

lettini in numero adeguato all'attività svolta nel rispetto degli atti programmatici ed indirizzi vigenti.

Blocco parto

Fare riferimento ai requisiti previsti per il 1° livello con le seguenti ulteriori specifiche

- 2 sale travaglio – parto dotate ciascuna di 1 solo letto incrementabili in funzione del volume di attività;
- 1 sala travaglio-parto d'emergenza;
- 1 sala operatoria sempre pronta e disponibile 24/24 ore per le emergenze ostetriche.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Area degenza Patologia Intermedia

Nelle strutture di 2° livello fino a 1000 nati annui prevedere:

- impianto elettrico con disponibilità di almeno 2 prese per ogni lettino e di 6 per ogni incubatrice;
- impianto centralizzato di erogazione dei gas medicali e di aspirazione con almeno 2 prese per ogni posto di cura

REQUISITI TECNOLOGICI

Area di degenza nido - rooming in

Fare riferimento ai requisiti previsti per il 1° livello con la seguente ulteriore specificazione

- almeno 4 incubatrici

Isola neonatale:

Fare riferimento ai requisiti previsti per il 1° livello con le seguenti ulteriori specifiche.

- n. 2 lettini di rianimazione con lampade radianti;
- n. 2 incubatrici da trasporto;
- pompa a siringa, saturimetro percutaneo e misuratore di PA dedicati.

Area degenza patologia intermedia

Devono essere previste le seguenti dotazioni tecnologiche rapportate al volume di attività:

- pannelli radianti;
- lampade per fototerapie;
- pompe per microinfusione;
- saturimetri percutanei;
- lettore di glucosemia;
- bilirubinometro;
- misuratore PA;
- ossimetri.

PUNTI NASCITA DI 3° LIVELLO

I punti nascita di 3° livello sono dotati di Unità Funzionali Neonatologiche comprendenti anche posti letto di Terapia Intensiva e Sub Intensiva.

Essi devono partecipare attivamente alla rete dei trasporti di emergenza (integrandosi con i servizi 118, STEN e STAM).

REQUISITI STRUTTURALI

Oltre a quanto previsto nel 2° livello prevedere posti letto ad alta intensità di assistenza in rapporto al volume di attività

Blocco parto/isola neonatale

Fare riferimento ai requisiti previsti per il 1° livello con le seguenti ulteriori specifiche.

3 sale travaglio – parto dotate ciascuna di 1 solo letto incrementabili in funzione del volume di attività;

isola neonatale adeguata ad accogliere parti plurimi e neonati nati contemporaneamente.

REQUISITI TECNOLOGICI

Isola Neonatale:

Fare riferimento ai requisiti previsti per il 2° livello con la precisazione che un'isola neonatale deve essere attrezzata per accogliere parti plurimi e neonati nati contemporaneamente.

Area degenza ad alta intensità di assistenza

Prevedere in rapporto al volume di attività:

- Incubatrici
- Respiratori;
- Misuratori transcutanei O₂-CO₂;
- Saturimetri O₂;
- misuratore PA cruenta;
- misuratore PA non cruenta.;
- monitor cardiorespirografico;
- pompe per microinfusione;
- aspiratori;
- Ossimetri;
- incubatrici da trasporto;
- apparecchio Rx portatile dedicato;
- ecografo con ecodoppler;
- apparecchiatura per alimentazione enterale.

REQUISITI ORGANIZZATIVI PUNTI NASCITA DI 1° LIVELLO

Per un'adeguata assistenza al travaglio, al parto e al neonato la dotazione organica del personale medico, ostetrico, infermieristico e di supporto deve essere rapportata al volume di attività.

L'articolazione dei turni del personale deve essere tale da garantire la presenza in guardia attiva, 24 ore su 24, di almeno:

- n. 1 medico specialista in ostetricia-ginecologia;
- n. 2 ostetriche (1 delle ostetriche può essere sostituita da una infermiera o vigilatrice d'infanzia);
- n. 1 medico specialista in anestesia e rianimazione presente nel presidio che garantisca un intervento immediato;
- n. 1 medico specialista in neonatologia o pediatra con provate competenze neonatologiche acquisite anche attraverso percorsi di formazione mirata.

L'organizzazione deve prevedere una pronta reperibilità integrativa per il personale ostetrico-ginecologico nei turni notturni e festivi.

Deve essere sempre garantita l'assistenza d'urgenza ai nascituri, ai neonati e alle partorienti, che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche d'emergenza anche attraverso il trasporto protetto.

Devono essere disponibili le prestazioni di diagnostica per immagini, di medicina di laboratorio e trasfusionali anche attraverso il ricorso a strutture esterne.

REQUISITI ORGANIZZATIVI PUNTI NASCITA DI 2° LIVELLO

I Punti Nascita di 2° livello garantiscono gli standard previsti per il 1° livello con le seguenti ulteriori specifiche:

- attività di diagnostica per immagini, medicina di laboratorio ed emotrasfusionale 24/24 ore;
- possibilità di usufruire, anche attraverso una pronta disponibilità integrativa, di competenze specialistiche per la gravidanza (cardiologica, neurologica, nefrologica, etc.) e di alte tecnologie (TC, etc.).

REQUISITI ORGANIZZATIVI PUNTI NASCITA DI 3° LIVELLO

Oltre a quanto previsto per i punti nascita di 1° e 2° livello deve essere garantita:

- guardia attiva 24/24 ore con supporto di pronta disponibilità integrativa 24/24 ore da parte di personale ostetrico – ginecologico in rapporto al volume dell'attività;
- guardia attiva 24/24 ore dell'anestesista con supporto di pronta disponibilità integrativa 24/24;

REPARTO OPERATORIO

Il numero complessivo di sale operatorie deve essere definito, per ogni singola struttura, in funzione della tipologia e complessità delle prestazioni per specialità che vengono erogate, ed in particolare in relazione alla attivazione o meno della Day Surgery e del modello organizzativo adottato come specificato al paragrafo C1.5

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

Il gruppo operatorio deve essere articolato in zone progressivamente meno contaminate dall'ingresso del complesso operatorio fino alle sale chirurgiche e devono essere garantiti flussi separati funzionalmente per "sporco" e "pulito" e zone filtrate d'ingresso. In ogni sede devono essere garantite almeno 2 sale operatorie fino a 100 posti letto chirurgici e un'altra sala operatoria per ogni ulteriori 50 posti letto chirurgici o frazione.

La dotazione minima di ambienti per il gruppo operatorio è la seguente:

- spazio filtro di entrata degli operandi anche per cambio barella;
- zona filtro personale addetto;
- zona preparazione personale addetto;
- zona preparazione utenti;
- zona risveglio utenti;
- locale relax operatori ;
- servizi igienici del personale;
- sala operatoria; almeno una sala operatoria deve avere una superficie non inferiore a mq. 25, le altre devono avere una superficie non inferiore a mq. 20. Le superfici devono risultare ignifughe, resistenti al lavaggio ed alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento. Quest'ultimo deve essere resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antisdrucchiolo
- deposito presidi e strumentario chirurgico articolato in:
 - a) deposito per armamentario e materiale di medicazione;
 - b) deposito di attrezzature e materiale pulito;
- deposito materiale sporco o suo immediato allontanamento tramite percorso dedicato;
- servizio per la sterilizzazione del materiale chirurgico secondo i criteri specifici individuati al paragrafo C1.11;
- sala gessi nel caso di attività chirurgica di ortopedia-traumatologia anche non contigua.

REQUISITI IMPIANTISTICI

L'impianto di climatizzazione del comparto operatorio deve garantire zone progressivamente meno contaminate dall'ingresso fino alle sale chirurgiche ed i seguenti parametri:

- $T = 20 - 24$ °C
- $U\% = 40 - 60\%$
- Ricambi aria pari a 15 V/h
- Classe dei filtri > 12 (99,97%)

Impianto di erogazione gas medicali(ossigeno, aria medicale), prese vuoto e impianto aria compressa; in caso di utilizzo di gas anestetici deve essere previsto impianto di aspirazione dei gas direttamente collegato all'apparecchiatura di anestesia;

- disponibilità di acqua di raffreddamento per apparecchi laser, quando necessario;
- stazioni di riduzione della pressione per il reparto operatorio devono essere doppie per ogni gas medicale tecnico tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali.
- deve essere garantita la continuità dell'alimentazione elettrica.

Nella zona risveglio deve essere presente impianto di gas medicali (escluso gas anestetici) e prese vuoto.

REQUISITI TECNOLOGICI

Per ogni sala operatoria:

- tavolo operatorio;
- apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas dotato anche di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato, respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente;
- monitor per la rilevazione dei parametri vitali;
- elettrobisturi;
- aspiratori distinti chirurgici e per broncoaspirazione;
- lampada scialitica;
- diafanoscopio a parete o altri sistemi per la visione delle immagini;
- strumentazione adeguata per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche;

Per ogni gruppo operatorio:

- frigoriferi per la conservazione di farmaci;
- disponibilità di amplificatori di brillantezza, quando necessario;
- defibrillatore.

Per zona risveglio:

- apparecchiatura per ventilazione assistita;

- cardiomonitor e defibrillatore;
- aspiratore per broncoaspirazione.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia e al volume degli interventi chirurgici; l'attivazione di una sala operatoria deve comunque prevedere almeno un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri.

C1.8

FRIGOEMOTECA

In ogni ospedale deve essere presente una frigoemoteca (F.E.) funzionalmente collegata con il servizio di immunoematologia e trasfusione o con il centro trasfusionale territorialmente competente, qualora non siano presenti il servizio di immunoematologia e trasfusione o il centro trasfusionale.

La frigoemoteca deve risultare in possesso dei requisiti organizzativi e strutturali definiti dalla normativa vigente.

ANATOMIA PATOLOGICA

L'anatomia patologica consiste in attività diagnostica su organi o campioni di organi (tessuti, cellule, liquidi biologici ecc.) in vivo o su cadavere. Se non prevista autonomamente deve essere documentato il rapporto con struttura esterna (soggetta al possesso e controllo dei medesimi requisiti).

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, e comunque devono essere assicurati:

locali separati per:

- accettazione campioni;
- riduzione pezzi e preparazione campioni;
- inclusione, colorazione e montaggio preparato;
- osservazione microscopica;

locale per archivio (istoteca, citoteca, blocchetti in paraffina, conservazione materiale autoptico);

sala autoptica distinta dai depositi e dalle aree di osservazione. Il tavolo settorio e il suo posizionamento devono permettere un'agevole esecuzione delle tecniche autoptiche e una corretta eliminazione dei liquami. Le porte di accesso devono prevedere comando di apertura automatizzato.

REQUISITI TECNOLOGICI

La dotazione di strumenti ed accessori deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, e comunque devono essere assicurati:

- banchi da laboratori;
- cappe aspiranti;
- processatore automatico;
- coloratore automatico;
- dispensatore automatico di paraffina;
- microtomo;
- criostato;
- centrifuga/citocentrifuga;
- stufa e essiccatore;
- bagno stendifettine;

- frigorifero/congelatore;
- bilancia analitica e tecnica;
- microscopio.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate.

Deve esistere un regolamento interno o linee guida per lo svolgimento delle principali attività di gestione concordati con i servizi competenti; in particolare: deve essere previsto il collegamento funzionale in modo preferenziale con i blocchi operatori per le prestazioni istopatologiche e con l'area mortuaria per l'attività autoptica;

deve esistere un documento con l'elenco di tutte le prestazioni effettuate e dei tempi di refertazione;

deve esistere il manuale delle procedure diagnostiche che riporti per ogni esame:

- modalità di richiesta;
- modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione;
- descrizione delle fasi preliminari, caratteristiche e descrizione del metodo,
- modalità di trasmissione e consegna referto;

deve esistere documentazione scritta riguardante l'attività di controllo di qualità interno ed esterno, come specificato nella SEZIONE A1 in "Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni".

GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO

In ogni presidio di ricovero o livello sovraziendale devono essere assicurate le funzioni di ricezione, immagazzinamento e di distribuzione dei farmaci, dei materiali di medicazione, dei dispositivi medici nonché dei prodotti diagnostici.

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Ogni presidio di ricovero, fatta eccezione che a livello aziendale sia garantita la distribuzione diretta dei farmaci e del materiale sanitario alle strutture organizzative, deve essere dotato di:

- spazio ricezione materiale/registrazione;
- deposito per farmaci e presidi medico-chirurgici;
- armadio antiscasso per la conservazione degli stupefacenti;
- arredi e attrezzature per il deposito e conservazione dei medicinali, dei presidi medico chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza;
- frigoriferi atti alla conservazione dei medicinali da custodire a temperature determinate dotati di registratori di temperatura, di sistema di allarme, e possibilmente collegati a gruppi di continuità o ad una linea di alimentazione preferenziale;
- i locali/spazi destinati all'attività devono avere pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Nel locale deposito devono essere garantite idonee condizioni microclimatiche nel rispetto dei seguenti parametri:

- T = 20 – 26 °C;
- U% 50 ± 5%.

Ove presente la struttura organizzativa di farmacia, devono essere soddisfatti i seguenti requisiti aggiuntivi:

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

- vano blindato per la conservazione degli stupefacenti;
- locale o spazio per preparazioni farmaceutiche;
- locale o spazio per preparazioni nutrizionali;
- studio del farmacista;
- cappa di aspirazione forzata nel locale;
- pareti con rivestimento impermeabile e lavabile fino all'altezza massima di mt. 2 relativamente ai locali adibiti al laboratorio;

- frigoriferi atti alla conservazione dei medicinali da custodire a temperatura determinata, dotati di registratori di temperatura, di sistema di allarme, e possibilmente collegati a gruppi di continuità o ad una linea di alimentazione preferenziale;
- armadi chiusi a chiave per la custodia dei veleni;
- attrezzature ed utensili di laboratorio obbligatori, e ogni altra dotazione di strumenti atti ad una corretta preparazione galenica;
- deposito infiammabili debitamente autorizzato nel rispetto della normativa vigente;
- sostanze obbligatorie come previsto dalla F.U.;
- spazi adeguati per il movimento in uscita dei farmaci e altro materiale sanitario.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- $T = 20 - 26 \text{ }^{\circ}\text{C}$;
- $U\% \ 50\% \pm 5\%$,
- ricambi aria pari a 2v/h;
- classe dei filtri 3 – 4 (80 – 90%).

SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

In ogni struttura deve essere garantita l'attività di sterilizzazione in rapporto alle esigenze specifiche delle attività svolte.

In particolare, i Presidi di ricovero in cui operano strutture organizzative con attività di tipo chirurgico o che comunque necessitano di sterilizzazione devono disporre di idoneo servizio di sterilizzazione che potrà essere presente sia come centrale di sterilizzazione che organizzato come servizio abbinato al reparto operatorio.

In alternativa il processo di sterilizzazione può essere affidato all'esterno.

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca a quella pulita.

Il servizio di sterilizzazione centralizzato deve prevedere locali/spazi separati di cui uno destinato al ricevimento e lavaggio dei materiali, uno al confezionamento e alla sterilizzazione e uno al deposito e alla distribuzione dei materiali sterilizzati.

La dotazione minima di ambienti per il servizio centralizzato di sterilizzazione è la seguente:

- locali/spazi per ricezione e lavaggio;
- locale/spazio per confezionamento e sterilizzazione;
- filtro per il personale, preliminare all'accesso al deposito dei materiali sterili;
- locale per il deposito di materiale sterile;
- locale deposito per materiale sporco;
- servizi igienici del personale;

REQUISITI IMPIANTISTICI

Impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- T = 20- 27°C
- U% 40 - 60%
- ricambi aria pari a 15 v/h
- classe dei filtri > 10-11 (95- 99,97%)

E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:

- impianto illuminazione di emergenza;
- impianto di aria compressa;

REQUISITI TECNOLOGICI

Dotazione minima tecnologica del Servizio di Sterilizzazione:

- apparecchiatura per il lavaggio del materiale da sottoporre a sterilizzazione;
- apparecchiatura per il confezionamento;
- apparecchiatura di sterilizzazione;
- bancone con lavello resistente agli acidi ed alcalini;
- pavimenti antisdrucciolo nelle zone sporche con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Ogni servizio di sterilizzazione deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

la dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e, comunque, deve essere garantito all'interno dell'equipe almeno un infermiere;

devono essere adottate procedure di gestione del processo di sterilizzazione e ne deve essere dimostrata la tracciabilità;

in caso di servizio esterno devono essere documentate le procedure e il sistema di tracciabilità adottato.

C1.12

SERVIZIO DI SANIFICAZIONE ATTREZZATURE, ARREDI E DI DISINFESTAZIONE

Devono essere garantiti i servizi di sanificazione attrezzature, arredi e letterecci e di disinfestazione, che possono essere espletati attraverso due distinte soluzioni organizzative:

- internamente al Presidio (o con servizio centralizzato o con servizio effettuato in loco);
- esternamente al Presidio, anche con gestione consorziata fra più aziende pubbliche e private.

Nel caso in cui nel Presidio non sia presente il servizio centralizzato di sanificazione devono essere comunque assicurate idonee modalità di trasporto dei materiali.

Nel caso di presenza nel Presidio del servizio centralizzato di sanificazione attrezzature, arredi e letterecci, devono essere garantiti locali e apparecchiature idonee alle operazioni di trattamento dei materiali infetti (con apposita procedura) nonché al deposito dei dispositivi medici e delle attrezzature tecnologiche necessarie.

REQUISITI STRUTTURALI

Il servizio centralizzato di sanificazione deve avere i seguenti requisiti strutturali:

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

L'articolazione interna degli spazi deve consentire la netta separazione tra le zone sporche e pulite.

Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca alla zona pulita.

La dotazione minima di ambienti è la seguente:

- locale filtro e decontaminazione del personale, con servizi igienici, spogliatoi, docce e lavaocchi
- locale di pretrattamento e disinfezione
- deposito materiale da trattare
- deposito pulito
- pareti e pavimento lavabili e disinfettabili

REQUISITI IMPIANTISTICI

Impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- T = 20 - 27°C
- U% 40 - 60%
- ricambi aria pari a 15 v/h

E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:

- impianto illuminazione di emergenza
- impianto di aria compressa
- punto acqua per lavaggio ambienti e smaltimento acqua a pavimento
- lavello

REQUISITI TECNOLOGICI

Il servizio di disinfezione deve essere dotato di:

- apparecchiature idonee al trattamento del materiale,
- pavimenti antisdrucciolo nelle zone sporche con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Ogni servizio di disinfezione deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

la dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività.

Devono essere previste procedure per la gestione dell'attività di sanificazione attrezzature, arredi e letterecci e disinfestazione che dovranno essere documentate in caso di affidamento a ditte esterne.

SERVIZIO CUCINA - DISPENSA

Il servizio di cucina può essere espletato attraverso due distinte soluzioni organizzative:

- internamente al Presidio;
- esternamente al Presidio.

Il servizio può essere gestito direttamente o può essere affidato a ditte esterne, ovvero gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero.

REQUISITI STRUTTURALI

Nel caso di servizio di cucina svolto all'interno del Presidio devono essere presenti adeguati spazi per :

- recezione derrate;
- dispensa;
- celle frigorifere distinte;
- preparazione, cottura, distribuzione;
- preparazione diete speciali;
- lavaggio;
- deposito per stoviglie e carrelli;
- spogliatoi con servizio igienico e docce per personale addetto al servizio di cucina.

Nel caso di servizio di cucina svolto all'esterno del Presidio devono essere presenti adeguati spazi per:

- recezione derrate;
- smistamento del vitto.

Nel caso di sporzionamento del vitto devono essere previsti spogliatoi e servizi igienici dedicati al personale addetto

Nel caso di presenza nel Presidio di degenze pediatriche devono essere assicurati:

- un locale lactarium;
- cucina divezzi.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Sia nel caso di servizio interno che esterno:

- deve essere garantita l'elaborazione delle tabelle dietetiche, dei menù e delle diete speciali;
- i cibi distribuiti devono rispondere a quanto stabilito al punto precedente;

-
- deve essere assicurata la disponibilità di personale dietista con una dotazione organica adeguata alla tipologia e al volume dell'attività svolta.

SERVIZIO LAVANDERIA - GUARDAROBA

Il servizio di lavanderia può essere espletato attraverso due distinte soluzioni organizzative:

- internamente al presidio ;
- esternamente al presidio.

Nel caso di affidamento all'esterno, il servizio può essere erogato tramite ditte specializzate e/o gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero.

REQUISITI STRUTTURALI

Nel caso di servizio interno al presidio dovranno essere presenti adeguati spazi per;

- deposito biancheria sporca;
- guardaroba. Questo spazio deve essere dotato di armadi chiusi o in alternativa scaffalature (in quest'ultimo caso il materiale pulito deve essere riposto in confezioni sigillate);
- recezione (raccolta, cernita) biancheria sporca; lavaggio, trattamento, asciugatura. Questi spazi devono essere dotati di
 - pareti e pavimenti lavabili e disinfettabili
 - pavimenti antisdrucchiolo
 - presa acqua, lavello attrezzato anche per lavaggio mani
 - scarico acqua a pavimento
 - ricambio aria naturale o artificiale con almeno 2 ricambi ora
- stiratura, rammendo;
- spogliatoi con servizio igienico e docce per personale addetto al servizio di lavanderia.

Deve esistere documentazione relativa ai protocolli di bonifica della biancheria infetta anche in caso di servizio esterno al presidio; gli spazi e le attrezzature dovranno essere correlati a quanto definito nei protocolli di bonifica.

C1.15

SERVIZIO MORTUARIO

Il servizio mortuario può essere espletato attraverso due distinte soluzioni organizzative:

- internamente al Presidio;
- esternamente al Presidio.

Salvo che l'accertamento della morte sia assolto con specifica procedura in ottemperanza alla normativa vigente e sia prevista diversa soluzione organizzativa per l'allontanamento tempestivo della salma, ogni Presidio di ricovero deve assicurare:

- locale osservazione/sosta salme dotato di idoneo impianto di condizionamento;
- sistema di rilevazione acustica e luminosa di eventuali segni di vita salvo che l'accertamento della morte sia assolto con specifica procedura in ottemperanza alla normativa vigente.

In termini di accessibilità devono essere consentite l'entrata e l'uscita autonoma senza interferenze rispetto al sistema generale dei percorsi interni della struttura.

Deve essere previsto un accesso dall'esterno per i visitatori.

Devono inoltre essere assicurati i seguenti requisiti aggiuntivi:

REQUISITI STRUTTURALI

Il servizio mortuario deve essere dotato di:

- camera ardente/ sala per onoranze funebri al feretro;
- locale preparazione personale;
- servizi igienici per il personale;
- servizi igienici per i parenti e dolenti (disponibilità di almeno un servizio accessibile ai disabili);
- spazio attesa dolenti;
- deposito materiale con lavabo;
- locali per eventuali riscontri anatomo-patologici nel presidio ospedaliero ove tali riscontri non siano affidabili all'esterno
- locale sosta e preparazione salme dotato di lavabo

REQUISITI IMPIANTISTICI

Impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- $T < 18^{\circ} \text{C}$ sempre
- $U\% = 60\% \pm 5\%$
- ricambi aria pari a 15 v/h

E' prevista la seguente dotazione minima impiantistica:

- impianto illuminazione di emergenza.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Viene assicurato un orario di apertura ai dolenti;

è applicata una procedura per l'accoglienza delle salme e dei dolenti.

C1.16

PRESIDIO AUTONOMO DI DAY SURGERY

Le attività di day surgery nel presidio autonomo sono caratterizzate dall'assenza, nel presidio, di attività di ricovero ordinario a ciclo continuativo.

REQUISITI STRUTTURALI

Il locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

La dotazione minima di ambienti è la seguente:

- spazio attesa;
- spazio registrazione archivio;
- area dedicata alla degenza;
- servizi igienici pazienti, accessibili anche ai disabili;
- servizi igienici accompagnatori, accessibili anche ai disabili;
- servizi igienici personale;
- spogliatoio per il personale;
- locale/spazio per il personale di assistenza diretta;
- locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con comandi manuali;
- locale/spazio per il deposito di materiale pulito;
- locale per il deposito di materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- locale per il deposito di materiale sterile.
- una sala operatoria.

Per l'area dedicata alla degenza devono essere garantiti i seguenti requisiti:

- l'area deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente consentendo l'isolamento di ciascun letto di degenza;
- le dimensioni dei locali di degenza devono essere conformi a quanto già specificato per le camere di degenza nella lista C1.3.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Nell'area dedicata alla degenza devono essere garantiti:

- impianto illuminazione di emergenza,
- impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa,
- impianto gas medicali con prese vuoto e ossigeno.

REQUISITI TECNOLOGICI

- carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale,
- carrello per la gestione terapia,
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico,
- apparecchiatura per emogasanalisi,
- pulsiossimetro
- apparecchiatura per indagini rx anche mobile (solo per presidi che effettuano attività di chirurgia ortopedica).

Attività di sterilizzazione

L'attività di sterilizzazione. può essere garantita all'interno del presidio o affidata all'esterno.

Se organizzata all'interno del presidio deve rispondere ai requisiti indicati nella sezione C1.11.

Deve essere comunque garantita all'interno del presidio la sterilizzazione d'emergenza (v. anche sezione C1.7).

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

La dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume e alla tipologia delle attività e alla complessità delle patologie trattate.

Nell'area di degenza, durante le ore di attività chirurgica, deve essere assicurata la presenza di personale infermieristico dedicato.

Nell'area di degenza, al di fuori dell'orario di attività chirurgica e per tutto l'orario di funzionamento della struttura di day surgery, deve essere garantita la presenza di personale medico e infermieristico.

Il medico specialista in anestesia e rianimazione deve essere presente per tutta la durata dell'intervento e fino a pieno recupero dell'autonomia e vigilanza di tutti i pazienti operati.

E' suo compito la valutazione e la preparazione dell'intervento, l'esecuzione delle tecniche di anestesia di competenza e l'immediato controllo post-operatorio per tutta la permanenza in Sala Operatoria.

Egli deve documentare il proprio operato sulla scheda anestesiologicala del paziente, annotando la tecnica di anestesia impiegata, il tipo e le dosi dei farmaci anestetici utilizzati, l'ora di inizio e di completamento dell'intervento, il decorso clinico intraoperatorio e le eventuali complicanze, le eventuali terapie sedative del dolore;

per quanto di competenza, l'anestesista e il chirurgo indicano l'ora in cui il paziente può lasciare il presidio ed appongono la propria firma in calce a tali dichiarazioni.

Ammissione

Dovranno essere definite le procedure di ammissione del paziente in base alla valutazione clinica, alle condizioni logistiche e familiari secondo quanto eventualmente riportato in specifiche linee guida.

Per ogni paziente dovrà essere compilata una specifica cartella clinica all'interno della quale dovranno essere conservate la scheda anestesiologicala e la scheda di monitoraggio postoperatorio del paziente.

Intervento chirurgico

Gli interventi effettuati devono essere riportati su apposito Registro, unitamente a:

- elementi identificativi del paziente,
- diagnosi,
- nominativi e qualifica degli operatori,
- procedura eseguita,
- ora di inizio e fine della procedura stessa,
- tipo di anestesia,
- complicanze immediate.

Deve essere documentata e applicata una procedura per la gestione della lista operatoria. Tale procedura deve rendere esplicite le modalità di comportamento nel caso in cui uno o più pazienti manifestino complicanze tali da richiedere un'osservazione post-operatoria prolungata. In particolare, la procedura deve garantire il costante rispetto della compatibilità tra interventi chirurgici e atti anestesiologicali avviati e disponibilità di letti di degenza.

Dimissione

Deve essere predisposta una relazione di dimissione, destinata al medico curante, contenente tutti gli elementi relativi all'intervento ed alle procedure eseguite, unitamente alle prescrizioni terapeutiche eventualmente proposte.

Devono essere rese note al paziente al momento della dimissione le modalità secondo le quali è organizzata la reperibilità medica per le 24 ore. Dette modalità devono essere definite per iscritto. In particolare all'atto della dimissione il paziente dovrà ricevere idonee istruzioni e il recapito della struttura organizzativa di riferimento nelle successive 24 ore, oltre ad una breve relazione contenente raccomandazioni relative a eventuali complicanze e l'indicazione della terapia da seguire.

Protocolli di continuità assistenziale

Gestione emergenze e complicanze postoperatorie

Devono essere documentate le procedure per l'attivazione del sistema di emergenza territoriale e le modalità di raccordo organizzativo con un presidio di classe A, situato ad una distanza compatibile con l'efficace gestione di eventuali complicanze, per il trasporto e l'accoglienza

immediati del paziente, e con i presidi di classe A e B per il trasferimento del paziente che necessita di ricovero ordinario per il proseguimento delle cure.

C1.17

CARDIOLOGIA INVASIVA

La cardiologia invasiva comprende tutta quella serie di procedure (diagnostiche e terapeutiche) che comportano l'introduzione di cateteri all'interno del sistema cardiocircolatorio. Nell'ambito della cardiologia invasiva si distinguono due grandi branche: emodinamica, aritmologia

REQUISITI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

La struttura di cardiologia invasiva deve essere collocata nelle vicinanze o comunque avere facile accesso alla Terapia Intensiva (può essere ubicata in Cardiologia, Radiologia, cardiocirurgia);

I requisiti sono quelli previsti per il reparto operatorio (C1.7) anche con riferimento alla sterilizzazione.

Devono inoltre essere garantiti:

- zona filtro all'ingresso del reparto;
- locale di “compressione” vascolare e/o attesa paziente critico
- locale refertazione e archiviazione CD Rom e Film;
- locale camera oscura all'esterno del reparto;
- servizi igienici per i pazienti all'esterno del reparto.

Lo spazio preparazione paziente e lo spazio risveglio paziente, previsti fra i requisiti del reparto operatorio (C1.7), possono essere collocati anche all'interno del locale di “compressione”.

REQUISITI IMPIANTISTICI

I requisiti sono quelli previsti per il reparto operatorio (C1.7)

REQUISITI TECNOLOGICI

Devono essere presenti le seguenti attrezzature:

- apparecchiatura angiografica dotata di strumento misura rateo-dose, tempo di esposizione e di visualizzazione dei valori all'interno del reparto;
- letto radiotrasparente;
- n. 1 elettrocardiografo a 3 canali;
- n. 1 respiratore automatico (eventualmente anche adatto al paziente pediatrico se si pratica tale attività);

- n. 1 pulsiossimetro;
- n. 1 strumento per la determinazione della portata cardiaca;
- n. 1 contropulsatore aortico (presente anche nell'ambito della struttura in cui la chirurgia invasiva è collocata);
- n. 1 apparecchi per ACT o aPTT (solo dove si fa interventistica, anche nell'ambito della struttura in cui il la chirurgia invasiva è collocata);
- n. 1 apparecchio per emogasanalisi, anche nell'ambito della struttura in cui la chirurgia invasiva è collocata;
- scopia di qualità tale da permettere una visione ottimale che soddisfi standard CE, con scopia pulsata 12,5 frames/rate oltre che 50 frames/rate;
- cinematografia con film 35 mm (per le chirurgie invasive già esistenti è auspicabile l'adeguamento a un sistema digitale) o sistemi con digitalizzazione e archiviazione su CD Rom (standard DICOM 3) con grafia pulsata a 12,5 frames/rate oltre che 25 frames/rate;
- apparecchiatura per digitalizzazione delle immagini e immediata disponibilità di queste (solo dove si pratica interventistica);
- poligrafo con almeno 2 canali di pressione e 2 tracce ECG;
- poligrafo con la possibilità di visualizzare 12 derivazioni, almeno tre contemporanee (solo dove si pratica interventistica);
- lampada scialitica con alimentazione di sicurezza;
- carrello di rianimazione dotato di defibrillatore, materiale da intubazione ecc.;
- n. 2 pompe da infusione;
- n. 1 pace-maker temporaneo;

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Le strutture di cardiologia invasiva devono essere collocate in strutture dove sia garantita la presenza dei seguenti servizi:

- Unità Coronarica
- Consulenza o competenze di Chirurgia Vascolare
- Consulenza Nefrologica e Dialisi
- Consulenza Neurologica

Inoltre per le strutture collocate in Ospedali senza Cardiochirurgia deve essere identificata una Cardiochirurgia di riferimento.

La dotazione organica del personale medico, tecnico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia e al volume dell'attività.

C1.18

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero. Devono essere garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere utilities per gli accompagnatori o visitatori.

Espleta le funzioni indicate per il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dal D.P.R. 7/4/1994 e dalla D.C. R. 17/2/1999, n. 41 "P. S. R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale"

REQUISITI STRUTTURALI

Le nuove strutture devono essere collocate preferibilmente a piano terra..

L'organizzazione degli spazi deve essere tale da garantire le esigenze di riservatezza e di sicurezza.

Dotazione posti letto: max 16, minimo 6 pl

camera di degenza singola: 12 mq;

camera di degenza multipla:

– 9 mq per posto letto;

– non più di 2 posti letto per camera;

nelle strutture esistenti è consentita una superficie minima della camera di degenza multipla di 9 mq per il primo posto letto e di 7 mq per il secondo.

Due camere di degenza con un solo posto letto.

Le camere devono essere separate per uomini e donne.

un servizio igienico ogni 2 posti letto;

una doccia/vasca ogni 4 posti letto non serviti da servizi igienici dotati anche di doccia/vasca ad uso esclusivo della camera;

un bagno assistito;

un locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con comandi non manuali;

un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta;

spazio per infermiere coordinatore;

un locale per medici;

un locale per soggiorno/attività ricreative;

un locale per visite e colloqui;

un locale sala pranzo;

un ambiente per pazienti fumatori che non possono uscire dal reparto ;

un locale/spazio per il deposito del materiale pulito;

un locale per deposito attrezzature;
un locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco e dotato di vuotatoio e lavapadelle;
locale/spazio ristoro;
servizi igienici per il personale,
spazio attesa visitatori;

Laddove non è presente il servizio psichiatrico di diagnosi e cura possono essere previsti, nei reparti di area medica, locali per terapia psichiatrica temporanea con necessità di assistenza continuativa (max 4 pl).

Per la terapia psichiatrica temporanea sono disponibili:

- camere separate per uomini e donne;
- camere di degenza dotate di servizi igienici (un servizio igienico ogni 2 p.l.);
- locale per gli infermieri con annessi servizi;
- ambulatorio per colloqui con pazienti e familiari;
- locale per deposito attrezzature (armadio con farmaci);
- locale per visita, colloqui e medicazioni.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Dotazione minima impiantistica:

impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- $T = 20 - 26 \text{ }^{\circ}\text{C}$
- $U\% = 40 - 60\%$
- Ricambi aria pari a 2 V/h

impianto illuminazione di emergenza;

nelle camere devono essere presenti almeno 3 prese per alimentazione elettrica per posto letto;

impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa;

impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto. E' consentito che l'impianto sia previsto per almeno il 10% dei posti letto.

REQUISITI TECNOLOGICI

Carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale; in rapporto alla tipologia organizzativa e strutturale del presidio è consentito l'utilizzo di un carrello per la gestione dell'emergenza a comune fra più strutture organizzative di degenza;

carrello per la gestione terapia;

carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

Per la terapia psichiatrica temporanea è disponibile quanto previsto dai requisiti tecnologici

REQUISITI ORGANIZZATIVI

la dotazione organica del personale addetto, medico infermieristico e tecnico sanitario e di riabilitazione, deve essere rapportata alla tipologia e al volume delle attività e alla complessità delle patologie trattate e comunque deve essere garantito quanto riportato in C1.

Sono documentate, anche con protocolli scritti, le pratiche condivise e uniformi che assicurino a tutto il personale: prevenzione e gestione degli atti auto ed eteroaggressivi, gestione delle crisi, prevenzione e gestione dell'allontanamento dal reparto.

Protocollo scritto tra DSM e Reparto Medicina per:

- l'utilizzo dei letti, sia a regime di urgenza che in regime ordinario;
- le modalità di collaborazione tra le diverse discipline;
- l'utilizzo dei servizi sanitari del Reparto ospitante da parte della Psichiatria
- l'ospitalità dei pazienti psichiatrici, che non necessitano di assistenza continuativa specialistica, nei posti letto della Medicina, per quanto attiene la presenza del personale medico, infermieristico e di assistenza.

Il Regolamento delle attività del reparto contiene:

- le modalità di accesso e accoglimento dell'utente in reparto;
- la descrizione delle attività che si svolgono all'interno della struttura;
- la modalità con cui gli utenti vengono invitati a partecipare ad un programma di attività quotidiana
- la modalità con cui gli utenti sono tenuti informati sulla diagnosi, sul trattamento da effettuare, sugli effetti collaterali dei farmaci e sul decorso della malattia
- i criteri di stesura del Piano di trattamento per ciascun utente,
- le modalità per la farmacovigilanza e la farmacoutilizzazione
- le modalità di invio di un paziente ad altro ospedale o reparto, prevedendo anche una relazione contenente le informazioni sull'utente
- le modalità di discussione dei casi con la presenza degli operatori delle strutture territoriali coinvolte;
- la modalità di formulazione della diagnosi secondo una classificazione internazionale;
- il metodo con cui vengono coinvolti gli utenti ed i loro familiari nella formulazione degli obiettivi di trattamento e nella decisione della dimissione
- la modalità di gestione integrata delle cartelle cliniche mediche ed infermieristiche
- l'individuazione di dispositivi organizzativi ed assistenziali tali da eliminare l'uso della contenzione

- l'individuazione dei criteri che prevedono la chiusura della porta di accesso al reparto
- l'individuazione di eventi sentinella o eventi particolarmente indesiderati: suicidi, fughe, contenzioni, atti autolesivi, episodi di "porta chiusa" e contenzioni fisiche
- le modalità che consentano la presentazione di reclami e suggerimenti da parte degli utenti e dei familiari
- la formazione continua del personale/affiancamento e supporto ai neo-assunti da parte del personale in servizio

SEZIONE D

REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI TECNOLOGICI SPECIFICI

PRESTAZIONI A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO FASE POST-ACUTA

D1

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO IN FASE POST-ACUTA

Trattasi di presidi che erogano prestazioni sanitarie specialistiche e sanitario assistenziali, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative non erogabili in ambito ambulatoriale o domiciliare per situazioni che non richiedono ricovero ospedaliero.

Le prestazioni sono rivolte:

- alla riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;*
- alla tutela della salute mentale;*
- alla riabilitazione e recupero dei soggetti tossicodipendenti.*

In ciascun settore le prestazioni di ricovero a cicli diurno e continuativo, nonché le attività ambulatoriali possono essere svolte nel medesimo presidio in modo coordinato ed integrato.

Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali erogate all'interno di detti presidi che erogano prestazioni a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta sono applicabili i requisiti specifici definiti nella sezione B.

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Ad esclusione delle attività ad integrazione socio-sanitaria deve essere garantito l'accesso al presidio indipendente da quello utilizzato per altre finalità non riferite all'attività sanitaria e deve essere esclusa ogni forma di comunicazione interna.

E' consentito che gli spazi per l'attesa e relativi servizi igienici per l'utenza, accettazione e attività amministrative possono essere in comune fra più attività sanitarie ed ad integrazione socio-sanitaria gestite da titolarità diverse, purché opportunamente dimensionati.

Deve essere previsto il carrello o attrezzatura equivalente per la gestione dell'emergenza con la seguente dotazione minima:

- defibrillatore;
- pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee;
- apparecchio per la misurazione della pressione e fonendoscopio;
- laccio emostatico, siringhe e farmaci;
- materiale per medicazione.

D1.1

PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI SOGGETTI PORTATORI DI DISABILITA' FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI

La dotazione minima per il funzionamento è fissata in 10 posti letto.

Può essere prevista una dotazione di posti letto inferiore qualora la struttura eroghi altre attività residenziali o semiresidenziali anche ad integrazione socio-sanitaria o in caso di riconversione di attività preesistenti di ricovero ospedaliero.

Si definiscono presidi di riabilitazione extraospedaliera le strutture che erogano prestazioni a ciclo diurno o continuativo che provvedono al recupero funzionale e sociale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa.

Le strutture di riabilitazione si distinguono in due tipologie:

- A: presidi a più alta intensità clinico riabilitativa che si rivolgono a pazienti che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti ammissibili, per condizione clinica stabilizzata, a trattamento riabilitativo extraospedaliero che richiede, per lo svolgimento delle specifiche attività riabilitative, un'adeguata tutela assistenziale nelle 24 ore (regime residenziale) e nelle 12 ore (regime diurno);*
- B: presidi con caratteristiche abilitative riabilitative assistenziali che si rivolgono a soggetti che presentano condizioni di gravi disabilità neuropsichiche, per i quali sono definiti programmi assistenziali a indirizzo riabilitativo continuativi e protratti nel tempo, finalizzati al raggiungimento di più alti livelli di abilità o a impedirne o ritardarne il declino.*

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1 e A2 e per quanto di competenza in B sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

Per i presidi a ciclo diurno, in rapporto alla tipologia e al volume dei trattamenti effettuati, devono essere previsti:

- locale/i per gli accertamenti medici anche in comune con la struttura di ricovero ospedaliero in caso di riconversione : nel caso di più locali, almeno uno deve essere attrezzato per le medicazioni;
- locali per valutazioni funzionali e/o psicodiagnostiche;
- palestra per le terapie riabilitative;
- locale/i per terapia individuale;
- locale/i per ergoterapia e/o terapia occupazionale;
- locale/i per terapia del linguaggio e/o riabilitazione cognitiva;
- locale/i per la rieducazione psico-motoria.

- locale/i per riabilitazione urologica, con annesso servizio igienico ed area separata per spogliarsi tale da garantire il rispetto della privacy dell'utente.
- locale/i attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero solo per la tipologia B;
- locale soggiorno distinto dal locale pranzo anche in comune con la struttura di ricovero ospedaliero in caso di riconversione;
- locale/spazio ristoro;
- locale spogliatoio/ guardaroba, distinti tra personale ed utenza.

Qualora il presidio accolga bambini da 0 a 4 anni deve essere previsto anche un locale dove i piccoli possano riposare per brevi periodi.

I locali devono avere una superficie tale da consentire lo svolgimento delle specifiche attività sia a livello individuale che di gruppo;

In aggiunta per i presidi a ciclo continuativo, la dotazione minima di ambienti per una degenza tipo di 10/15 posti letto è la seguente:

- camere di degenza con servizio igienico ad uso esclusivo con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, articolate in:
 - camera di degenza singola: 12 mq;
 - camera di degenza multipla:
 - 9 mq per posto letto;
 - non più di 4 posti letto per camera;nelle strutture esistenti è consentita una superficie minima della camera di degenza multipla di 9 mq per il primo posto letto e di 7 mq per ogni letto ulteriore fino ad un massimo di 4 posti letto per camera;
- una doccia/vasca ogni 8 posti letto non serviti da servizi igienici dotati anche di doccia/vasca ad uso esclusivo della camera;
- un bagno assistito;
- dotazione dei servizi igienici e bagni annessi alle camere e non, conformi alla normativa sulle barriere architettoniche;
- locali/spazi di supporto alla degenza (locale/spazio per il deposito del materiale pulito, locale per deposito attrezzature, locale per il materiale sporco dotato di vuotatoio e lavapadelle).

In caso di riconversione la doccia/vasca, il bagno assistito, i servizi igienici e i locali/spazi di supporto alla degenza possono essere in comune con la struttura di ricovero ospedaliero

REQUISITI TECNOLOGICI

I locali di trattamento sono dotati di attrezzatura e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura.

La dotazione deve essere correlata al volume e alle tipologie di attività in maniera da assicurare uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente rapportato ai bisogni dell'utenza. In particolare devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- dispositivi medici necessari per risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici e del personale della riabilitazione;
- attrezzature e dispositivi medici per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Per la tipologia A esistenza di una équipe pluridisciplinare composta da personale sanitario medico, da personale dell'area delle professioni sanitarie riabilitative con profili attinenti alla tipologia di utenza trattata, personale infermieristico, personale addetto all'assistenza alla persona .

Per la tipologia B esistenza di una équipe pluridisciplinare composta da personale sanitario medico, da personale dell'area delle professioni sanitarie riabilitative con profili attinenti alla tipologia di utenza trattata, personale infermieristico, personale addetto all'assistenza alla persona , personale di assistenza sociale, personale dell'area psicologica e pedagogica.

Il personale deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle attività svolte all'interno del presidio, e comunque deve essere garantita, anche in comune con la struttura di ricovero ospedaliero in caso di riconversione, la presenza delle seguenti figure:

- un fisiatria o un medico appartenente alla disciplina inerente l'attività riabilitativa svolta nel presidio;
- professionisti sanitari della riabilitazione in possesso dei requisiti necessari per lo svolgimento della specifica attività, durante l'orario di erogazione della stessa;
- personale infermieristico tale da garantire la copertura della specifica attività ;
- personale addetto all'assistenza tale da garantire la copertura della specifica attività.

Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo della équipe multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici che espliciti:

- gli obiettivi;
- gli interventi da realizzare con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità;
- i tempi;
- le modalità di verifica mediante l'utilizzo di scale clinico funzionali validate;
- la durata prevista

con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità;

Devono essere garantiti una adeguata informazione e l'accesso del familiare al presidio nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita;

Deve esistere un sistema strutturato di documentazione clinica con raccolta e registrazione di rilievi clinici e funzionali presentati dagli utenti, in grado di alimentare i debiti informativi;

In relazione alla tipologia trattata i presidi di riabilitazione suddividono gli assistiti in moduli di massimo 20 soggetti.

I presidi a ciclo diurno funzionano per un minimo di 6 ore giornaliere e per almeno 5 giorni alla settimana.

D1.2

PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: CENTRO DIURNO PSICHIATRICO

Svolge le funzioni terapeutico-riabilitative, come indicate dal DPR 7/4/19 e dalla D. C. R. 17/2/1999, n. 41 "P:S.R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale"

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1 e A2 e D, e per quanto di competenza in B, sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

Le strutture devono essere collocate preferibilmente a piano terra con annesso spazio a verde. L'organizzazione degli spazi deve essere tale da garantire le esigenze di riservatezza e di sicurezza

Locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro Diurno, senza altre particolari connotazioni;

Locale per colloqui/visite psichiatriche/neuropsichiatriche;

Numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

Collocati, preferibilmente, in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Presenza di personale medico specialistico e di psicologi programmata o per fasce orarie.

Presenza di educatori professionali, personale infermieristico, professionisti sanitari della riabilitazione, istruttori in relazione alle attività previste.

Apertura 8 ore al giorno, per 6 giorni la settimana.

I Centri diurni che svolgono funzioni terapeutico riabilitative/abilitative per minori con disturbi psicopatologici e neuropsichiatrici e per adulti affetti da particolari patologie quali i disturbi dello spettro autistico ed i disturbi alimentari, possono avere un'apertura inferiore a quella indicata nel precedente capoverso.

Collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994 e dalla D. C. R. 17/2/1999, n. 41 “P. S. R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale”.

Per ciascun utente deve essere documentato un programma terapeutico-riabilitativo che deve definire: obiettivi, indicatori di tempo, interventi, modalità di verifica periodica e adeguamento. Tale programma è parte integrante del progetto terapeutico individualizzato ed è concordato con il medico responsabile del progetto stesso che ha effettuato l’invio alla struttura.

Il programma è condiviso con l’utente e con chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate.

Devono essere documentate le modalità attraverso le quali il Centro Diurno opera per:

- l’ inserimento della persona nel gruppo;
- la verifica dell’andamento del programma
- garantire la continuità terapeutica e gli interventi in condizioni di emergenza-urgenza.
- favorire le attività di riabilitazione e socializzazione esterne alla struttura
- avvalersi del contributo dei familiari, dei gruppi e associazioni di auto mutuo aiuto degli utenti e dei familiari nonché di tutti i soggetti presenti sul territorio che costituiscono una risorsa per gli obiettivi previsti.

D1.3

PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA

Requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e D .

1- Strutture residenziali terapeutico riabilitative per acuti e sub acuti

Trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi, rivolti a persone che, anche nella fase della post-acuzie, richiedono interventi terapeutico-riabilitativi intensivi ed elevata tutela sanitaria nonché a minori con disturbi comportamentali affetti da patologie di interesse neuropsichiatrico. I trattamenti della durata massima di 18 mesi, salvo proroga motivata dall'equipe curante per un ulteriore periodo massimo di 6 mesi, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nelle 24 ore.

REQUISITI STRUTTURALI

Numero complessivo locali e spazi, in relazione alla popolazione servita

Numero massimo dei posti 20

Per strutture oltre i 10 posti letto, i requisiti di cui al DPCM 22/12/1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10.

Per strutture fino a 10 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per il colloquio e per le riunioni.

Collocate, preferibilmente, in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Presenza di medici specialisti ed altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, programmata o per fasce orarie, secondo orari definiti, adeguati ai bisogni assistenziali degli ospiti. Devono comunque essere garantite tutte le figure professionali di cui al DPR 7/4/94 e alla D.C.R. 17/2/1999, n. 41 "P.S.R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale".

Presenza di personale di assistenza nelle 24 ore.

Collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994.

Per ciascun utente deve essere documentato un programma terapeutico-riabilitativo individualizzato che deve definire: obiettivi, indicatori di tempo, interventi, modalità di verifica periodica e adeguamento. Tale programma è parte integrante del progetto terapeutico individualizzato ed è concordato con il medico responsabile del progetto stesso, che ha effettuato l'invio alla struttura.

Nella definizione del programma sarà assicurata l'acquisizione del consenso dell'utente o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate.

Le attività riabilitative sono strutturate e periodicamente rinnovate in funzione delle esigenze degli ospiti e possono svolgersi sia all'interno che all'esterno della struttura. L'attività è sostenuta da riunioni di staff.

Devono essere indicate le modalità con cui vengono garantite la continuità terapeutica e gli interventi in condizioni di emergenza-urgenza.

2 - Strutture residenziali socio-riabilitative ad alta intensità assistenziale

Trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi estensivi, rivolti a pazienti (in fase cronica) che necessitano di assistenza e di trattamenti terapeutico-riabilitativi estensivi e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale.

I trattamenti della durata massima di 36 mesi, salvo proroga motivata dall'equipe curante per un ulteriore periodo massimo di 12 mesi, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza del personale socio-sanitario per almeno 12 ore.

REQUISITI STRUTTURALI

Numero complessivo locali e spazi, in relazione alla popolazione.

Numero massimo dei posti 20.

Per strutture oltre i 10 posti letto, i requisiti di cui al DPCM 22/12/1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10.

Per strutture fino a 10 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per il colloquio e per le riunioni.

Collocate, preferibilmente, in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Presenza di medici specialisti ed altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, programmata o per fasce orarie, secondo orari definiti, adeguati ai bisogni assistenziali degli ospiti. Devono comunque essere garantite tutte le figure professionali di cui al DPR 7/4/94 e alla D.C.R. 17/2/1999, n. 41 "P.S.R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale".

Presenza di personale di assistenza nelle 12 ore.

Collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994.

Per ciascun utente deve essere documentato un programma terapeutico-riabilitativo individualizzato che deve definire: obiettivi, indicatori di tempo, interventi, modalità di verifica periodica e adeguamento. Tale programma è parte integrante del progetto terapeutico individualizzato ed è concordato con il medico responsabile del progetto stesso, che ha effettuato l'invio alla struttura.

Nella definizione del programma sarà assicurata l'acquisizione del consenso dell'utente o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate.

3 - Strutture residenziali socio-riabilitative a bassa intensità assistenziale

Trattamenti residenziali socio-riabilitativi, rivolti a soggetti (parzialmente non autosufficienti), non assistibili all'interno del proprio nucleo familiare, che necessitano di programmi di reinserimento sociale e lavorativo in regime residenziale a bassa intensità assistenziale nella fase di lungoassistenza.

I trattamenti della durata massima di 36 mesi, salvo proroga motivata dall'equipe curante, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza del personale sociosanitario per fasce orarie.

REQUISITI STRUTTURALI

Numero complessivo locali e spazi, in relazione alla popolazione servita.

Numero massimo dei posti 20.

Per strutture fino a 10 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per il colloquio e per le riunioni.

Collocate, preferibilmente, in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Presenza di medici specialisti ed altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, programmata o per fasce orarie, secondo orari definiti, adeguati ai bisogni assistenziali degli ospiti. Devono comunque essere garantite tutte le figure professionali di cui al DPR 7/4/94 e alla D.C.R. 17/2/1999, n. 41 "P.S.R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale".

Presenza di personale di assistenza per fasce orarie.

Collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994.

Per ciascun utente deve essere documentato un programma terapeutico-riabilitativo individualizzato che deve definire: obiettivi, indicatori di tempo, interventi, modalità di verifica periodica e adeguamento. Tale programma è parte integrante del progetto terapeutico individualizzato ed è concordato con il medico responsabile del progetto stesso, che ha effettuato l'invio alla struttura.

Nella definizione del programma sarà assicurata l'acquisizione del consenso dell'utente o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate.

Devono essere indicate le modalità con cui vengono garantite la continuità terapeutica e gli interventi in condizioni di emergenza-urgenza

D1.4**STRUTTURE DI RIABILITAZIONE E STRUTTURE EDUCATIVO-ASSISTENZIALI PER I TOSSICODIPENDENTI**

I requisiti organizzativi tecnologici e strutturali di presidi riabilitativi e educativo-assistenziali per tossicodipendenti sono definiti dall'Atto d'intesa Stato-Regioni del 9 febbraio 1993, in riferimento al modello assistenziale adottato dalla Regione per l'erogazione delle prestazioni assistenziali previste dai livelli uniformi di assistenza di cui al Piano sanitario nazionale approvato con DPR 1° marzo 1994

ALLEGATO B

ELENCO PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE A MINORE INVASIVITA' SOGGETTE A DIA	
CARDIOLOGIA	
1	Iniezioni endovenose sclerosanti
CHIRURGIA GENERALE-CHIRURGIA TORACICA	
2	Agoaspirazione di cisti della mammella ecoguidata o non
3	Agoaspirazione o incisione semplice di ascesso della mammella
4	Agobiopsia delle stazioni linfonodali superficiali (inguinali, ascellari, latero-cervicali)
5	Anoscopia con o senza biopsia
6	Aspirazione di ascesso, ematoma, sieroma della cute e del tessuto sottocutaneo
7	Asportazione di condilomi del pene
8	Asportazione di condilomi perianali
9	Asportazione di lesione pedunculata anale e perianale
10	Biopsia chirurgica o ecoguidata dei tessuti molli della parete toracica e addominale
11	Biopsia del pene
12	Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
13	Cateterismo vescicale
14	Cistoscopia retrograda transuretrale con o senza biopsia
15	Cromocistoscopia
16	Curettage di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
17	Esame urodinamico
18	Esofago-gastroduodenoscopia con o senza biopsia o altri esami diagnostici
19	Exeresi di cisti sebacee perianali, del pene, dello scroto
20	Exeresi di lipomi sottocutanei fino a 4 cm di diametro
21	Incisione di ascesso dei piani soprafasiali
22	Incisione di fistola o cisti pilonidale
23	Incisione semplice di ascesso perianale
24	Incisione semplice di emorroide trombizzata procidente
25	Infiltrazione di cheloide
26	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nei tessuti molli
27	Interventi sulla cute e tessuto sottocutaneo del tronco e arti interessanti follicoli piliferi, unghie, ghiandole sebacee, ghiandole sudoripare
28	Legatura elastica delle emorroidi
29	Manometria ano-rettale
30	ph-metria esofagea
31	Puntura evacuativa di idrocele
32	Retto-sigmoidoscopia con endoscopio rigido con o senza biopsia
33	Rimozione di corpo estraneo dalla cute
34	Rimozione di tessuto necrotico superficiale

35	Sbrigliamento di sinechie del pene
36	Sclerosi di fistola pilonidale
37	Scleroterapia delle emorroidi
38	Test di Bernstein
39	Uretroscopia
DERMATOLOGIA-CHIRURGIA PLASTICA	
40	Biopsia (incisionale di lesioni sospette di malignità a scopo diagnostico, shaving, escissionale, etc.)
41	Chemiochirurgia cutanea (peeling chimici superficiali e medi)
42	Crioterapia medica (neve carbonica)
43	Dermaabrasione degli strati cutanei superficiali
44	Drenaggio di idrosadenite, ascesso, perionissi, follicoliti suppurate, favo
45	Elettrotricotomisi
46	Epilazione
47	Escarectomia di tessuto necrotico infezione ustione
48	Fotoringiovanimento non ablativo
49	Fototerapia con radiazioni non ionizzanti (UVB, UVA)
50	Frenulotomia labiale e linguale
51	Frenulotomia peniena
52	Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo
53	Incisione di ascessi cutanei
54	Infiltrazione di cheloide e di altre neoformazioni cutanee
55	Ossigenazione iperbarica
56	Radiofrequenza
57	Rimozione di adenoma sebaceo
58	Rimozione di angiocheratoma
59	Rimozione di angioma (piano, rubino, spider, etc)
60	Rimozione di carcinoma basocellulare (dimensioni • 1 cm di diametro; dimensioni • 0,5 cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi)
61	Rimozione di cheratosi (attinica, seborroica)
62	Rimozione di chiazza ipercromica
63	Rimozione di ciste (mucosa, sebacea, pilonidale, etc.)
64	Rimozione di condilomi acuminati
65	Rimozione di dermatofibroma
66	Rimozione di fibrangioma
67	Rimozione di fibroma mollusco
68	Rimozione di granuloma piogenico teleangectasico
69	Rimozione di lago venoso delle labbra
70	Rimozione di lentigo simplex
71	Rimozione di linfangioma
72	Rimozione di milio
73	Rimozione di mollusco contagioso
74	Rimozione di nevo (epidermico verrucoso, moriforme, sebaceo, di miescher, di unna, etc)

75	Rimozione di nevo melanocitico (dimensioni • 1 cm di diametro; dimensioni • 0,5 cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi)
76	Rimozione di pecilodermia di civatte
77	Rimozione di siringoma
78	Rimozione di tatuaggio
79	Rimozione di teleangectasie del volto e degli arti inferiori
80	Rimozione di tricoepitelioma
81	Rimozione di verruca (volgari, plantare, piana, filiforme, etc.)
82	Rimozione di xantelasma palpebrale
83	Rimozione parziale di unghia
84	Terapia iniettiva a base di filler
85	Terapia iniettiva a base di tossina botulinica
86	Terapia rivitalizzante cutanea iniettiva e transdermica
FLEBOLOGIA	
87	Bendaggio elastocompressivo
88	Iniezioni endovenose sclerosanti
89	Mesoterapia
90	Piccoli atti chirurgici su ulcere, cute e vene superficiali con incisioni inferiori a 2 cm
91	Scleroterapia con liquidi e/o con schiuma, ecoguidata e non, dalle teleangectasie ai tronchi safenici
92	Trattamento delle ulcere degli arti inferiori
93	Trombectomia, sia con anestesia locale che senza
GASTROENTEROLOGIA	
94	Biopsia endoscopica del retto con pinza mono-uso
95	Drenaggio percutaneo addominale
GINECOLOGIA	
96	Amniocentesi
97	Aspirazione cisti mammaria
98	Aspirazione cisti vaginale
99	Asportazione condilomi vaginali
100	Asportazione condilomi vulvari e perineali
101	Biopsia endometriale
102	Biopsia portio
103	Biopsia portio a guida colposcopica
104	Biopsia vulvare
105	Cauterizzazione della portio
106	DTC portio
107	Ecoisteroscopia dinamica
108	Inserimento e rimozione IUD
109	Isteroscopia
OCULISTICA	
110	Applicazione terapeutica di lente a contatto
111	Argonlaser-trabeculoplastica
112	Capsulotomia Yag-Laser per cataratta secondaria

113	Depilazione per trichiasi
114	Elettrolisi delle ciglia
115	Estrazione corpi estranei superficiali dalla cornea e congiuntiva
116	Fotocoagulazione laser del segmento anteriore
117	Fotocoagulazione laser per patologia retinica
118	Iniezione peribulbare
119	Iniezione sottocongiuntivale
120	Iridotomia laser
121	Irrigazione dell'occhio
122	Lavaggio vie lacrimali
123	Medicazione oftalmica
124	Terapia laser e TTT delle patologie tumorali retino-coroideali
125	Terapia laser e TTT delle patologie vascolari retiniche
126	Trattamento laser cisti iridee
ODONTOIATRIA	
127	Attività peritali
128	Conservativa
129	Endodonzia
130	Igiene e profilassi
131	Chirurgia orale, in pazienti di età comunque superiore a cinque anni senza asportazione di neoformazioni di dimensioni superiori a 2,5 cm
132	Implantologia in pazienti di età comunque superiore a cinque anni
133	Ortodonzia
134	Parodontologia
135	Protesi
ORTORINOLARINGOIATRIA	
136	Agoaspirato linfonodale o di neoformazioni delle ghiandole salivari diagnosticate come tali anche ecoguidato
137	Agopuntura nel distretto otorinolaringoiatrico
138	Asportazione di cisti del cavo orale diagnosticate come tali
139	Asportazione di lesioni cutanee o sottocutanee con diametro inferiore a 5 cm a freddo o con strumentazioni elettromedicali
140	Biopsie nel distretto otorinolaringoiatrico
141	Causticazione di varici nasali anteriori
142	Chiusura di fistola oroantrale
143	Dermoabrasione
144	Esercizi di riabilitazione foniatrica
145	Esercizi di riabilitazione vestibolare
146	Frenulotomia linguale e labiale
147	Incisione dei dotti salivari con asportazione di calcoli
148	Iniezione di filler nella cute o nelle mucose labiali
149	Lisi di aderenze nasali
150	Medicazione di ferite del distretto otorinolaringoiatrico

151	Messa a punto di protesi uditive
152	Miringotomia con o senza inserzione di tubo (grummet)
153	Posizionamento di inserti inerti (impianti) nel palato molle
154	Riduzione di fratture delle ossa proprie nasali senza incisione
155	Riduzione di volume dei turbinati inferiori con radiofrequenza o analoghi strumenti elettromedicali
156	Riduzione di volume strumentale dell'ugola
157	Rimozione di corpi estranei da orecchio o naso o orofaringe senza incisione
158	Terapia iniettiva a base di tossina botulinica

ALLEGATO C**REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI, GENERALI E SPECIFICI PER L'APERTURA E L'ESERCIZIO DEGLI STUDI SOGGETTI AD AUTORIZZAZIONE****INDICE****Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali - Sezione G**

G.1 - Requisiti organizzativi generali

G.2 - Requisiti strutturali e tecnologici generali

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici specifici - Sezione S

S.1 - Studi odontoiatrici

S.2 - Studi medici che erogano prestazioni di chirurgia

S.3 - Studi medici che erogano prestazioni di endoscopia

REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

Tutti gli studi, in relazione alla tipologia delle attività svolte e tenuto conto della loro natura privata che non li configura come aperti al pubblico, devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle specifiche normative di settore, anche sovranazionali. La circostanza che solo alcuni dei requisiti previsti dalle suddette normative siano compresi tra i requisiti generali e specifici oggetto della presente disciplina non esclude la necessità che anche tutti gli altri siano rispettati.

SEZIONE G**G.1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI****G.1.1 Politica, obiettivi, ed attività**

E' adottato un documento in cui sono individuate le prestazioni e le attività erogate e le modalità di erogazione.

G.1.2 Struttura organizzativa

La denominazione dello studio e delle attività svolte deve essere tale da identificare chiaramente la natura di studio professionale, la professionalità esercitata e la tipologia sanitaria delle attività effettuate.

Il titolare dello studio definisce, sulla base della normativa nazionale e regionale vigente, le procedure relative alla prenotazione, modalità di pagamento, accesso alle prestazioni, acquisizione del consenso informato, consegna e invio del referto-risultato, modalità per la tutela rispetto al trattamento dei dati personali, modalità di conservazione ed archiviazione dei dati e documentazione clinica.

Le prestazioni effettuate devono essere registrate con completezza ed accuratezza e corredate dalle generalità riferite all'utente.

Devono essere definite, in relazione al tipo di attività, adeguate modalità di approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione di materiali e strumenti impiegati per interventi invasivi per vie naturali; solo sterilizzazione per interventi invasivi per vie neo formate.

Tutti i materiali, farmaci e confezioni soggetti a scadenza devono portare in evidenza la data della scadenza stessa ed essere conservati con modalità adeguate.

G.1.3 Gestione risorse umane

Il professionista titolare dello studio e gli eventuali collaboratori devono essere in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente ed essere adeguatamente aggiornati.

Il titolare di studio odontoiatrico, deve risultare legittimato all'esercizio dell'odontoiatria ai sensi della normativa vigente.

In relazione alla tipologia delle prestazioni erogate o alle necessità del paziente deve essere garantita, ove necessaria, la presenza di personale sanitario.

Le prestazioni sanitarie devono essere erogate nel rispetto delle competenze riconosciute dalla normativa vigente.

G.1.4 Gestione risorse strutturali

Il titolare dello studio garantisce che siano eseguiti gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti al fine di assicurare la funzionalità dello studio ed il rispetto dei requisiti previsti in tema di sicurezza.

G.1.5 Gestione risorse tecnologiche

E' redatto ed aggiornato un inventario delle apparecchiature utilizzate.

Il titolare dello studio garantisce che siano assicurati gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche e che i dispositivi medici siano conformi a tutte le normative di settore, comprese quelle comunitarie e le conseguenti normative interne di recepimento.

Deve essere presente un documento che preveda i processi da attivare in caso di guasti o rotture improvvise delle apparecchiature durante l'esecuzione delle prestazioni, qualora sussista un rischio per gli operatori e per gli utenti.

G.1.6 Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti

Deve essere garantito l'utilizzo di linee guida predisposte dalle società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche o discipline specialistiche, come strumento di efficacia della qualità dell'assistenza e per gestire le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità.

Devono essere documentate le modalità di svolgimento delle principali attività, in particolare:

- criteri e modalità di accesso dell'utente;
- modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamenti;
- modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori (solo sterilizzazione per interventi invasivi per vie naturali e neoformate);
- pulizia e sanificazione degli ambienti;
- modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti.

G.1.7 Informazione all'utenza

Ogni studio deve essere dotato di idonee indicazioni tali da favorire l'accessibilità all'utenza.

Il titolare dello studio garantisce la disponibilità, ai propri utenti, delle informazioni circa la tipologia di prestazioni erogate, le procedure relative all'accesso ed agli orari, i prezzi o tariffe delle prestazioni.

Il titolare dello studio garantisce che sia tutelata la privacy dell'utente durante l'intero processo di erogazione delle prestazioni.

Nel caso in cui il titolare dello studio si avvalga di collaboratori, ogni operatore deve essere munito di apposito tesserino di riconoscimento allo scopo di consentirne l'identificazione da parte dell'utente.

G.2 - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

G.2.1 Requisiti strutturali

Lo studio deve disporre di un accesso per l'utente diverso da quello utilizzato per altre finalità non riferite all'attività sanitaria ad esclusione delle attività ad integrazione socio-sanitaria.

I locali dello studio devono essere nettamente separati da quelli destinati ad altri usi con esclusione di ogni forma di comunicazione interna e come tutti i locali devono essere chiaramente identificabili.

La dotazione minima di ambienti è la seguente:

Locale di attività:

- deve avere superficie adeguata, pareti e pavimento lavabili e disinfettabili.
- deve garantire il rispetto della privacy dell'utente, in particolare deve essere presente un'apposita area separata per spogliarsi, laddove occorre;
- deve essere corredato da un lavabo con comandi non manuali.

Locale servizi igienici:

- deve essere garantito un servizio igienico a disposizione degli utenti facilmente raggiungibile, dotato di lavello con comandi non manuali, dispenser per il sapone ed asciugamani monouso;
- in caso di presenza di un unico servizio igienico, deve essere garantito che l'accesso sia indipendente dalla sala per l'esecuzione delle prestazioni;
- il pavimento deve essere lavabile e disinfettabile.

Locale o spazio di attesa:

- deve essere dotato di un adeguato numero di posti a sedere.

Devono inoltre essere presenti:

- uno spazio per la refertazione, ove necessario;
- uno spazio per deposito per materiale pulito;
- uno spazio per deposito materiale sporco;
- uno o più armadi per il deposito del materiale d'uso, delle attrezzature e della strumentazione.

Gli spazi per l'attesa, accettazione e attività amministrative ed i servizi igienici possono essere in comune tra più studi sanitari o con strutture sanitarie, purché opportunamente dimensionati.

In tutti i locali devono essere assicurate illuminazione e ventilazione adeguate.

G.2.2 Requisiti tecnologici

Lo studio deve disporre di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta.

Nel caso in cui nello studio siano presenti più risorse tecnologiche di diagnostica strumentale, le stesse non possono essere usate in contemporanea su pazienti diversi.

In caso di studi contigui, in assenza di barriere architettoniche, è sufficiente, quando previsto dai requisiti specifici, un unico carrello per la gestione dell'emergenza, per il quale deve essere identificato un responsabile, purché l'utilizzo di quanto contenuto nel carrello stesso sia compatibile con l'attività dei professionisti titolari degli studi contigui.

REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI

SEZIONE S

S.1 - STUDI ODONTOIATRICI

I requisiti che completano i requisiti generali già definiti nella sezione G sono i seguenti:

S.1.1 Requisiti strutturali

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

La dotazione specifica, in aggiunta ai requisiti generali, è la seguente:

- spazio per la detersione e sterilizzazione della ferristrica e delle attrezzature o procedura che regolamenti l'affidamento all'esterno di tali attività.

S.1.2 Requisiti impiantistici

Nel locale di attività devono essere garantiti un adeguato ricambio di aria e un adeguato comfort microclimatico; nel caso in cui vengano impiegati gas per la sedazione cosciente devono essere garantiti 15 ricambi di aria/ora.

Nel locale di attività il lavello, oltre ad avere comandi non manuali, deve essere fornito di dispenser per il sapone ed asciugamani monouso.

Nello spazio riservato alla sterilizzazione devono essere presenti:

- vasca per la disinfezione degli strumenti;
- lavello fornito di acqua calda e fredda per la detersione degli strumenti;

Lo studio deve inoltre essere dotato di:

- mobile per la conservazione del materiale già sottoposto a sterilizzazione e mantenuto in adatte confezioni o cestelli metallici;
- mobile per la rimessa del materiale d'uso non sterile;
- mobile per la rimessa di farmaci e materiale sterile monouso in confezione industriale (per esempio materiale da sutura, strumenti chirurgici monouso).

S.1.3 Requisiti tecnologici

Nello studio devono essere presenti le seguenti dotazioni tecnologiche:

Strumenti di diagnostica:

- apparecchio radiologico;
- armadietti e server in numero adeguato per medicinali e strumenti;
- materiale monouso (bicchieri, tovagliolini, cannule di aspirazione, guanti e mascherine per operatori e assistenti).

Strumenti per terapia:

- riunito provvisto di turbina, micromotore, siring a aria/acqua, aspiratore chirurgico, lampada alogena, poltrona.
- manipoli per turbina e micromotore in numero adeguato;
- frigorifero per conservazione medicinali;
- contenitore per rifiuti speciali;
- contenitore per strumenti taglienti da eliminare;
- contenitore per rifiuti assimilabili agli urbani;
- idonei dispositivi individuali di barriera.

Carrello per la gestione dell'emergenza, con la seguente dotazione minima:

- pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee;
- apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa e fonendoscopia;
- laccio emostatico, siringhe e farmaci per il pronto soccorso;
- materiale e farmaci per la medicazione;
- bombola di ossigeno con erogatore e flussimetro.

Strumenti per la sterilizzazione:

- autoclave a vapore per la sterilizzazione dello strumentario;
- imbustatrice per strumenti;

S.1.4 Requisiti organizzativi

Il titolare dello studio e gli eventuali collaboratori devono essere preparati alla gestione delle emergenze.

Per ogni paziente, la cui patologia possa essere complessa, deve essere approntata una scheda clinica, cartacea o su supporto magnetico, in cui siano riportate le note anamnesiche, diagnosi, gli eventuali esami e condizioni cliniche, le prestazioni effettuate e le prescrizioni terapeutiche.

Ogni operatore dello studio odontoiatrico, nell'espletamento della propria attività, deve indossare indumenti ad uso esclusivamente professionale ed idonei dispositivi di protezione individuale per prevenire l'esposizione della cute e delle mucose.

Il titolare dello studio garantisce che la corretta esecuzione del procedimento di sterilizzazione sia periodicamente verificata e i risultati registrati.

S.2 - STUDI MEDICI CHE EROGANO PRESTAZIONI DI CHIRURGIA

I requisiti che completano i requisiti generali già definiti nella sezione G, sono i seguenti:

S.2.1 Requisiti strutturali

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

La dotazione specifica di ambienti per gli studi medici che erogano prestazioni chirurgiche, in aggiunta ai requisiti generali, è la seguente:

Zona preparazione personale addetto costituita da:

- uno spazio da adibire a spogliatoio per il personale sanitario (separato dal locale chirurgico).
- uno spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico (anche all'interno del locale chirurgico).

Zona preparazione paziente:

- costituita da uno spazio -spogliatoio separato dal locale chirurgico per l'utente che debba subire un atto chirurgico;

Locale chirurgico.

Zona sosta per il paziente:

- costituita da uno spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento. Tale spazio può essere opportunamente individuato all'interno del locale visita.

Deposito materiali sterili e strumentario chirurgico. Può essere situato all'interno dello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione del personale e deve essere costituito da:

- un armadio lavabile per la rimessa dei ferri chirurgici e per la conservazione del materiale sterilizzato, mantenuto in adatte confezioni o cesti metallici;
- un armadio lavabile per la rimessa dei farmaci e dei materiali monouso.

Locale visita:

- costituito da un locale, anche non attiguo, adibito a studio medico per visita o medicazione.

Spazio per la sterilizzazione all'interno del locale chirurgico in comune con lo spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico o procedura che regolamenti l'affidamento all'esterno.

Le superfici devono risultare ignifughe, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento. Quest'ultimo deve essere resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antisdrucchiolo.

S.2.2 Requisiti impiantistici

Nel locale chirurgico devono essere garantiti un adeguato ricambio di aria e un adeguato comfort microclimatico.

Nello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione deve essere presente:

- un lavello in materiale resistente agli acidi e alcali fornito di acqua calda e fredda, per la pulizia degli strumenti chirurgici;
- un lavello per il lavaggio dei sanitari con rubinetteria non manuale.

S.2.3 Requisiti tecnologici

Tutto lo strumentario degli studi medici che erogano prestazioni chirurgiche deve essere monouso o in acciaio inossidabile o in leghe o in metalli non ossidabili e deve essere idoneo al tipo di chirurgia esercitata.

Gli arredi utilizzati sono realizzati in acciaio inossidabile o comunque in metalli non ossidabili.

Per ogni locale chirurgico sono richiesti:

- lettino chirurgico;
- elettrobisturi;
- un aspiratore chirurgico con relativi sondini;
- lampada scialitica;
- un tavolino servitore;

- un supporto per contenitore di rifiuti chirurgici;
 - un congruo numero di vasche per il lavaggio pre-sterilizzazione dei taglienti;
 - contenitori per rifiuti speciali taglienti (lame, aghi, ecc.);
 - apparecchiature per il processo di sterilizzazione, ove non affidato a servizio esterno, che preveda almeno autoclave a vapore per la sterilizzazione dello strumentario e imbustatrice per strumenti.
- Deve essere presente un carrello per la gestione dell'emergenza, con la seguente dotazione minima:
- pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee;
 - apparecchio per la misurazione della pressione e fonendoscopio;
 - laccio emostatico, siringhe e farmaci;
 - materiale per medicazione;
 - pulsossimetro;
 - defibrillatore;
 - aspiratore;
 - bombola di ossigeno con erogatore e flusso simmetrico.

S.2.4 Requisiti organizzativi

Il titolare dello studio e il personale infermieristico deve essere preparato per la gestione delle emergenze.

Deve essere documentata e verificabile la partecipazione a corsi di Basic Life Support (BLS) con cadenza non superiore a due anni.

Devono essere definite e documentate le modalità secondo le quali è organizzata la reperibilità medica durante l'orario di chiusura dello studio.

Deve essere approntato un registro in cui sono riportati, per ciascun paziente, la diagnosi, la descrizione dell'intervento eseguito, l'eventuali tecniche di anestesia e/o analgesia utilizzate, l'ora di inizio e fine dell'intervento, il decorso clinico e intraoperatorio comprese le eventuali complicanze.

Deve essere garantita la presenza di un'unità infermieristica per l'intero orario di effettuazione degli interventi.

Ogni operatore nell'espletamento della propria attività deve indossare indumenti ad uso esclusivamente professionale ed idonei dispositivi di protezione individuale per prevenire l'esposizione della cute e delle mucose.

Il raggiungimento della sterilizzazione della strumentazione deve essere periodicamente verificato e i risultati registrati.

S.3 - STUDI MEDICI CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ENDOSCOPIA

I requisiti che completano i requisiti generali già definiti nella sezione G, sono i seguenti:

S.3.1 Requisiti strutturali

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

La dotazione specifica di ambienti, in aggiunta a quelli generali, è la seguente:

- una sala per endoscopia, con spogliatoio e servizio igienico dedicato;
- un locale o spazio dedicato all'osservazione;
- un locale o spazio per l'alta disinfezione degli endoscopi non sterilizzabili;

- un locale o spazio per la sterilizzazione degli endoscopi sterilizzabili e accessori non monouso o procedura che regolamenti l'affidamento all'esterno di tale attività.

S.3.2 Requisiti impiantistici

Oltre i requisiti generali di sicurezza e protezione è richiesto che:

- nella sala per endoscopia sia garantito un adeguato ricambio di aria ed un adeguato comfort microclimatico;
- il locale o spazio per lavaggio e alta disinfezione sia dotato di lavello in acciaio inox fornito di acqua calda e fredda con rubinetteria non manuale;
- sia presente una cappa aspirante a flusso nell'ambiente di detersione -disinfezione per la protezione da vapori (per esempio glutaraldeide), qualora non si disponga di sistemi di disinfezione a circuito chiuso.

S.3.3 Requisiti tecnologici

La dotazione di strumenti ed accessori deve essere correlata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate e, comunque, devono essere assicurate le seguenti dotazioni strumentali:

- la presenza di un numero di endoscopi, fonti di luce e accessori tali da permettere il completamento delle indagini terapeutiche anche in caso di guasti e rotture improvvise.
- un saturimetro digitale per la sala endoscopica;
- un disinfetta endoscopi o idonea attrezzature per alta disinfezione.

Deve essere presente un carrello per la gestione dell'emergenza, con la seguente dotazione minima:

- pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee;
- apparecchio per la misurazione della pressione e fonendoscopia;
- laccio emostatico, siringhe e farmaci;
- materiale per medicazione;
- pulsiossimetro;
- defibrillatore;
- aspiratore;
- bombola di ossigeno con erogatore e flussiossimetro.

S.3.4 Requisiti organizzativi

Il titolare dello studio e il personale infermieristico deve essere preparato per la gestione delle emergenze.

Deve essere documentata e verificabile la partecipazione a corsi di Basic Life Support (BLS) con cadenza non superiore a due anni.

Deve essere approntato un registro in cui sono riportati, per ciascun paziente, la diagnosi, la descrizione dell'intervento eseguito, l'eventuali tecniche di anestesia e/o analgesia utilizzate, l'ora di inizio e fine dell'intervento, il decorso clinico e intraoperatorio comprese le eventuali complicanze.

Deve essere garantita la presenza di un'unità infermieristica per l'intero orario di effettuazione degli interventi.

Ogni operatore nell'espletamento della propria attività deve indossare indumenti ad uso esclusivamente professionale ed idonei dispositivi di protezione individuale per prevenire l'esposizione della cute e delle mucose.

Il raggiungimento dell'alta disinfezione e/o sterilizzazione degli endoscopi e degli accessori deve essere periodicamente verificato e i risultati registrati.

ALLEGATO D**REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI PER L'APERTURA E L'ESERCIZIO DEGLI STUDI SOGGETTI A DICHIARAZIONE DI INIZIO DELL'ATTIVITA'**

Tutti gli studi, in relazione alla tipologia delle attività svolte e tenuto conto della loro natura privata che non li configura come aperti al pubblico, devono essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalle normative di settore, anche sovranazionali. La circostanza che solo alcuni dei requisiti previsti dalle suddette normative siano compresi tra i requisiti generali oggetto della presente disciplina non esclude la necessità che anche tutti gli altri siano rispettati.

1. REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

La denominazione dello studio e delle attività svolte deve essere tale da identificare chiaramente la natura di studio professionale, la professionalità esercitata e la tipologia sanitaria delle attività effettuate.

Devono essere garantiti, in relazione al tipo di attività, adeguato approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione di materiali e strumenti impiegati per interventi invasivi per vie naturali; solo sterilizzazione per interventi invasivi per vie neo formate.

La presenza di personale sanitario deve essere garantita ove richiesta dalla specificità della prestazione erogata.

Devono essere garantite le modalità di svolgimento delle seguenti attività:

- pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori (solo sterilizzazione per interventi invasivi per vie neoformate);
- pulizia e sanificazione degli ambienti.

In caso di prelievi di tessuti o liquidi a scopo diagnostico, devono essere definite le modalità di riconoscimento degli utenti, di identificazione dei campioni, di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamenti.

2. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI**2.1 Requisiti strutturali**

Lo studio deve disporre di un accesso per l'utente diverso da quello utilizzato per altre finalità non riferite all'attività sanitaria ad esclusione delle attività ad integrazione socio-sanitaria.

I locali dello studio devono essere nettamente separati da quelli destinati ad altri usi con esclusione di ogni forma di comunicazione interna e come tutti i locali devono essere chiaramente identificabili.

La dotazione minima di ambienti è la seguente:

Locale di attività:

- deve avere superficie adeguata e pavimento lavabile;
- deve garantire il rispetto della privacy dell'utente, se necessario deve essere presente un'apposita area separata per spogliarsi, laddove occorre;
- deve essere corredato da un lavabo con comandi non manuali.

Locale servizi igienici:

- deve essere garantito un servizio igienico a disposizione degli utenti facilmente raggiungibile, fornito di lavabo con comandi non manuali, dispenser e asciugamani monouso;
- in caso di presenza di un unico servizio igienico, deve essere garantito che l'accesso sia indipendente dalla sala per l'esecuzione delle prestazioni;
- il pavimento deve essere lavabile e disinfettabile.

Locale o spazio di attesa:

- deve essere presente ed adeguatamente arredato.

Devono inoltre essere presenti:

- uno spazio per la refertazione, ove necessario;
- uno spazio per deposito per materiale pulito;
- uno spazio per deposito materiale sporco;
- uno spazio per il deposito del materiale d'uso, delle attrezzature e della strumentazione.

I locali o spazi per l'attesa, accettazione e attività amministrative ed i servizi igienici possono essere in comune tra più studi sanitari o con strutture sanitarie, purché opportunamente dimensionati.

Il locale di attività e gli eventuali locali per il materiale possono essere in comune fra più professionisti titolari di studio da utilizzarsi in tempi diversi (uso non esclusivo). In tal caso, devono essere definite ed adottate procedure per garantire la costante idoneità dei locali e delle attrezzature. Ciascun professionista rimane unico responsabile delle prestazioni rese ai propri pazienti.

In tutti i locali devono essere assicurate illuminazione e aerazione adeguate.

2.2 Requisiti tecnologici

Lo studio deve disporre di attrezzature e presidi medico-chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta.

Attrezzature e risorse tecnologiche possono essere in comune fra più professionisti titolari di studio da utilizzarsi in tempi diversi (uso non esclusivo). In tal caso, devono essere definite ed adottate procedure per garantire la costante idoneità delle risorse comuni. Ciascun professionista rimane unico responsabile delle prestazioni rese ai propri pazienti.

Nel caso in cui nel locale di attività siano presenti più risorse tecnologiche di diagnostica strumentale, le stesse non possono essere usate in contemporanea su pazienti diversi.

Il locale di attività deve disporre di una dotazione minima per la gestione dell'emergenza costituita almeno da:

- apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa e fonendoscopio,
- pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee,
- abbassalingua,
- laccio emostatico, siringhe e ago cannula,
- farmaci (atropina, cortisone EV, soluzione fisiologica, benzodiazepine).

Della dotazione per l'emergenza deve essere identificato un responsabile.

In caso di locali di attività o studi contigui, è sufficiente un unico presidio per la gestione dell'emergenza, purché trasportabile.

ALLEGATO E

INDICE

INDICAZIONI PER L'APPLICAZIONE DEGLI STRUMENTI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEL STRUTTURE SANITARIE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE TOSCANO.....	204
IL SISTEMA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO.....	204
<i>L'ARCHITETTURA D'INSIEME.....</i>	<i>205</i>
<i>CODIFICA DEI REQUISITI.....</i>	<i>205</i>
ATTESTAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CIRCA IL POSSESSO DEI REQUISITI.....	207
IL PROCESSO DI VALUTAZIONE.....	207
<i>INDICATORI E STANDARD.....</i>	<i>207</i>
<i>REQUISITI ESSENZIALI.....</i>	<i>208</i>
<i>GIORNO INDICE.....</i>	<i>208</i>
MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' E DELLA SICUREZZA DELLE CURE.....	209
TABELLE.....	210
Tab. 1 - R: REQUISITI AREA CHIRURGICA.....	211
Tab. 1 - I: INDICATORI E STANDARD AREA CHIRURGICA.....	217
Tab. 2 - R: REQUISITI AREA ONCOLOGICA.....	250
Tab. 2 - I: INDICATORI E STANDARD AREA ONCOLOGICA.....	261
Tab. 3 - R: REQUISITI AREA MEDICA.....	316
Tab. 3 - I: INDICATORI E STANDARD AREA MEDICA.....	323
Tab. 4 - R: REQUISITI AREA CRITICA.....	352
Tab. 4 - I: INDICATORI E STANDARD AREA CRITICA.....	358
Tab. 5 - R: REQUISITI AREA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA.....	389
Tab. 5 - I: INDICATORI E STANDARD AREA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA.....	395
Tab. 6 - R: REQUISITI AREA MATERNO INFANTILE.....	425
Tab. 6 - I: INDICATORI E STANDARD AREA MATERNO INFANTILE.....	438
Tab. 7 - R: REQUISITI AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	500
Tab. 7 - I: INDICATORI E STANDARD AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	505
Tab. 8 - R: REQUISITI AREA SALUTE MENTALE.....	532
Tab. 8 - I: INDICATORI E STANDARD AREA SALUTE MENTALE.....	539
Tab. 9 - R: REQUISITI AREA EMERGENZA URGENZA.....	569
Tab. 9 - I: INDICATORI E STANDARD AREA EMERGENZA URGENZA.....	576
Tab.10 - R: REQUISITI AREA CURE PRIMARIE.....	606
Tab.10 - I: INDICATORI E STANDARD AREA CURE PRIMARIE.....	610
Tab.11 - R: REQUISITI AREA RIABILITAZIONE.....	629
Tab.11 - I: INDICATORI E STANDARD AREA RIABILITAZIONE.....	636
Tab.12 - R: REQUISITI STRUTTURE RESIDENZIALI E AMBULATORIALI PRIVATE.....	668
Tab.12 - I: INDICATORI E STANDARD STRUTTURE RESIDENZIALI E AMBULATORIALI PRIVATE.....	672

INDICAZIONI PER L'APPLICAZIONE DEGLI STRUMENTI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEL STRUTTURE SANITARIE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE TOSCANO

L'accreditamento istituzionale è attribuito con riferimento alla struttura organizzativa funzionale finalizzata all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Per le strutture sanitarie private è possibile attribuire l'accreditamento istituzionale alla singola disciplina autorizzata.

IL SISTEMA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

I requisiti sono concettualmente organizzati seguendo due logiche principali:

- a) la logica organizzativa per cui i requisiti sono distribuiti sui percorsi organizzativi delle diverse aree clinico-assistenziale
- b) la logica dei contenuti per cui i requisiti risultano raggruppati in alcune principali aree tematiche.

Per quanto riguarda comunque il processo di accreditamento la logica principale è quella organizzativa per cui ogni struttura organizzativa funzionale fa riferimento al suo percorso organizzativo sul quale vedrà distribuiti i relativi requisiti e indicatori da misurare e gli standard di base da raggiungere (vedi tabelle da 1 a 11).

a) I percorsi organizzativi delle diverse aree clinico-assistenziali

Per ogni area clinico-assistenziale si è descritto il percorso organizzativo e sono stati individuati i requisiti di qualità e sicurezza relativi. Tali requisiti sono distribuiti sulle diverse fasi del percorso descritte attraverso un diagramma di flusso.

I percorsi organizzativi definiti sono i seguenti:

- percorso di area chirurgica
- percorso di area oncologica (oncologia e screening)
- percorso di area medica
- percorso di area critica
- percorso di area ortopedico-traumatologica
- percorso di area materno infantile (nascita e pediatrico)
- percorso di area dipendenze patologiche
- percorso di area della salute mentale
- percorso di area emergenza urgenza
- percorso di area cure primarie
- percorso di area riabilitazione

b) Le aree tematiche

I requisiti definiti afferiscono in base ai loro contenuti a diverse aree tematiche.

Diritti e partecipazione

Afferiscono a quest'area i requisiti che valutano l'equità e l'accessibilità del servizio alle diverse categorie di utenti, tenendo conto dei loro specifici bisogni e definendo una strategia per la comunicazione e partecipazione al cittadino. Quest'area è suddivisa in 3 sottocategorie: Equità e Accesso, Umanizzazione, Comunicazione e partecipazione.

Management

Ne fanno parte tutti i requisiti che valutano la capacità di organizzazione e gestione sia per quanto riguarda il personale, le attività che per quanto riguarda i dati e lo sviluppo del sistema Gestione del Rischio Clinico. Quest'area è suddivisa in 4 sottocategorie:

Organizzazione del lavoro, Sviluppo del sistema GRC, Formazione, Gestione dati.

Performance assistenziali

Afferiscono a quest'area tutti i requisiti finalizzati a valutare il livello di qualità e sicurezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Quest'area è suddivisa in 2 sottocategorie:

Appropriatezza e qualità clinica, Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali.

Continuità assistenziale e cooperazione

Ne fanno parte i requisiti che focalizzano l'attenzione sulla valutazione del livello di qualità e sicurezza raggiunto nella gestione delle collaborazioni organizzative sia interne che esterne.

Quest'area è suddivisa in 2 sottocategorie:

Continuità ospedale e territorio, Cooperazione interna.

L'ARCHITETTURA D'INSIEME

I requisiti relativi a ciascuna area clinico-assistenziale e distribuiti sui percorsi organizzativi sono rappresentati in tabelle alle quali è associato il diagramma di flusso che rappresenta le fasi principali del percorso. A ciascun requisito è inoltre associata l'area tematica di riferimento.

Le tabelle sono:

- 1. requisiti area chirurgica e relativo diagramma di flusso**
- 2. requisiti area oncologica e relativo diagramma di flusso (oncologia e screening)**
- 3. requisiti area medica e relativo diagramma di flusso**
- 4. requisiti area critica e relativo diagramma di flusso**
- 5. requisiti area ortopedico-traumatologica e relativo diagramma di flusso**
- 6. requisiti area materno infantile e relativo diagramma di flusso (nascita e pediatrico)**
- 7. requisiti area dipendenze patologiche e relativo diagramma di flusso**
- 8. requisiti area salute mentale e relativo diagramma di flusso**
- 9. requisiti area emergenza urgenza e relativo diagramma di flusso**
- 10. requisiti area cure primarie e relativo diagramma di flusso**
- 11. requisiti area riabilitazione e relativo diagramma di flusso**

Alle sopraelencate tabelle si aggiunge un'ulteriore tabella contenente i requisiti per il percorso delle strutture sanitarie private di tipo residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale:

- 12. requisiti strutture residenziali e ambulatoriali private**

CODIFICA DEI REQUISITI

I requisiti contenuti nelle tabelle di ciascun'area sono stati classificati utilizzando alcuni codici che ne identificano l'appartenenza ad un percorso specifico, ad una specifica fase di questo percorso e un'eventuale trasversalità rispetto a tutti i percorsi (esistono infatti un certo

numero di requisiti che sono comuni a tutti i percorsi).

I codici che identificano i requisiti delle diverse aree clinico assistenziali sono:

requisiti area chirurgica	C
requisiti area oncologica	ONC (oncologia) SCREE (screening)
requisiti area medica	ME
requisiti area critica	IC
requisiti area ortopedico-traumatologica	ORTO
requisiti area materno infantile	MAN (nascita) MAP (pediatrico)
requisiti area dipendenze patologiche	DP
requisiti area salute mentale	SM
requisiti area emergenza urgenza	ER
requisiti area cure primarie	CP
requisiti area riabilitazione	RIAB

Il codice che identifica i requisiti comuni ai diversi percorsi è il codice M.

Il codice che identifica requisiti di tipo aziendale, cioè che riguardano l'azienda nel suo insieme, è A.

Tutti i percorsi iniziano con una serie di requisiti che riguardano l'intero percorso e non la singola fase.

Di seguito alcuni casi esemplificativi:

	CM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
--	---	------------------------	--

CM16 I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi = requisito di percorso chirurgico che riguarda l'intero percorso CXX ed è comune anche agli altri percorsi XM16.

Di seguito alcuni casi esemplificativi:

c 3.2 realizzazione intervento	C3.2.1 Il registro di sala operatoria è informatizzato	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	C3.2.2 l'organizzazione si dota di un sistema di gestione della sicurezza in sala operatoria adeguato	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.2.3 Si garantiscono volumi di attività e impiego di procedure chirurgiche coerenti con gli standard di qualità definiti a livello internazionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.2.(M47) Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

C 3.2 realizzazione intervento = la fase del percorso chirurgico relativa alla realizzazione dell'intervento.

C 3.2.1 il registro di sala operatoria è informatizzato = requisito di percorso chirurgico, il primo XX.1 della fase 3.2.X La categoria generale di riferimento è management e la sottocategoria è organizzazione del lavoro.

C 3.2 (M47) esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili = requisito di percorso chirurgico relativo alla fase 3.2 (XXX) e comune anche agli altri percorsi C XX (M47). La categoria generale di

riferimento è performance assistenziali e la sottocategoria è Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici.

ATTESTAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CIRCA IL POSSESSO DEI REQUISITI

Le Aziende sanitarie pubbliche attestano il possesso dei requisiti di accreditamento, tramite il raggiungimento degli standard di base ad essi associati, per le strutture organizzative funzionali, determinate nello statuto aziendale, utilizzando le tabelle dei requisiti sopra descritte, dalla n° 1 alla n° 11, in relazione alle tipologie prevalenti di attività erogate.

Per le strutture organizzative funzionali in cui si realizzano in maniera prevalente diverse tipologie di attività è necessario utilizzare per l'accREDITamento tutti i percorsi che rappresentano tali attività. (Es. Dipartimento Neuroscienze, Dipartimento testa collo).

Per le strutture sanitarie private nel caso di:

- strutture di ricovero ospedaliero con raggruppamento per strutture organizzative funzionali la dichiarazione sostitutiva del possesso dei requisiti di accreditamento avviene con le stesse modalità delle Aziende sanitarie pubbliche. Laddove non previsto il raggruppamento la dichiarazione sostitutiva avviene attraverso l'utilizzo della tabella n° 12 contenente i requisiti per strutture residenziali e semiresidenziali e ambulatori privati;
- strutture residenziali e semiresidenziali, la dichiarazione sostitutiva circa il possesso dei requisiti di accreditamento avviene attraverso l'utilizzo della tabella n°12 relativamente ai requisiti contrassegnati con la lettera **R**;
- strutture ambulatoriali, la dichiarazione sostitutiva circa il possesso dei requisiti di accreditamento avviene attraverso l'utilizzo della tabella n°12 relativamente ai requisiti contrassegnati con la lettera **A**.

IL PROCESSO DI VALUTAZIONE

INDICATORI E STANDARD

Ad ogni requisito è attribuito ai fini della valutazione uno o più indicatori.

Gli indicatori possono essere:

- di processo: focalizzati sul modo in cui si realizza una certa attività
- di esito: focalizzati sul risultato che si ottiene relativamente ad una specifica dimensione.

Ogni indicatore ha uno standard di base che consente la determinazione del corrispondente livello di accettabilità.

Gli indicatori e gli standard sono corredati dall'indicazione sulla tipologia di fonte dati alla quale fare riferimento per la misurazione.

Ad ogni tabella dalla n° 1 alla n° 12 relative ai requisiti sono correlate le tabelle dalla n.1 alla n.12 dei relativi indicatori e standard:

1. indicatori e standard area chirurgica

2. indicatori e standard area oncologica
3. indicatori e standard area medica
4. indicatori e standard area critica
5. indicatori e standard area ortopedico-traumatologica
6. indicatori e standard area materno infantile
7. indicatori e standard area dipendenze patologiche
8. indicatori e standard area salute mentale
9. indicatori e standard area emergenza urgenza
10. indicatori e standard area cure primarie
11. indicatori e standard area riabilitazione
12. indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

Di seguito alcuni casi esemplificativi:

REQUISITO C3.2.1
Il registro di sala operatoria è informatizzato
INDICATORE
Informatizzazione della registrazione dei dati di sala operatoria secondo requisiti definiti a livello regionale (assicurarsi che ci sia come campo obbligatorio la data e ore magari con rilevazione automatica)
STANDARD BASE Sì
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO CM16.
I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE
Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE
Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE
Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITI ESSENZIALI

I requisiti ritenuti essenziali, il cui standard base deve essere raggiunto per ottenere il rilascio dell'accREDITAMENTO, sono contrassegnati con un asterisco (ad esempio CA2*) sia nella tabella dei requisiti che nella tabella dei relativi indicatori e standard.

GIORNO INDICE

Ai fini di un'omogenea valutazione circa il raggiungimento dello standard base relativo a ciascun requisito, laddove la tipologia di fonte richiama la modalità dell'autovalutazione, es. delle cartelle cliniche, viene determinato un giorno indice al quale fare riferimento.

Tale giorno indice sarà individuato con successivo atto del dirigente regionale competente per materia.

MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' E DELLA SICUREZZA DELLE CURE

Requisiti, indicatori, standard e tipologia di fonti sono aggiornati ai fini del miglioramento continuo, delle evidenze scientifiche e delle performance assistenziali del Servizio Sanitario Regionale.

TABELLE

Tabella n.1 diagramma di flusso area chirurgica

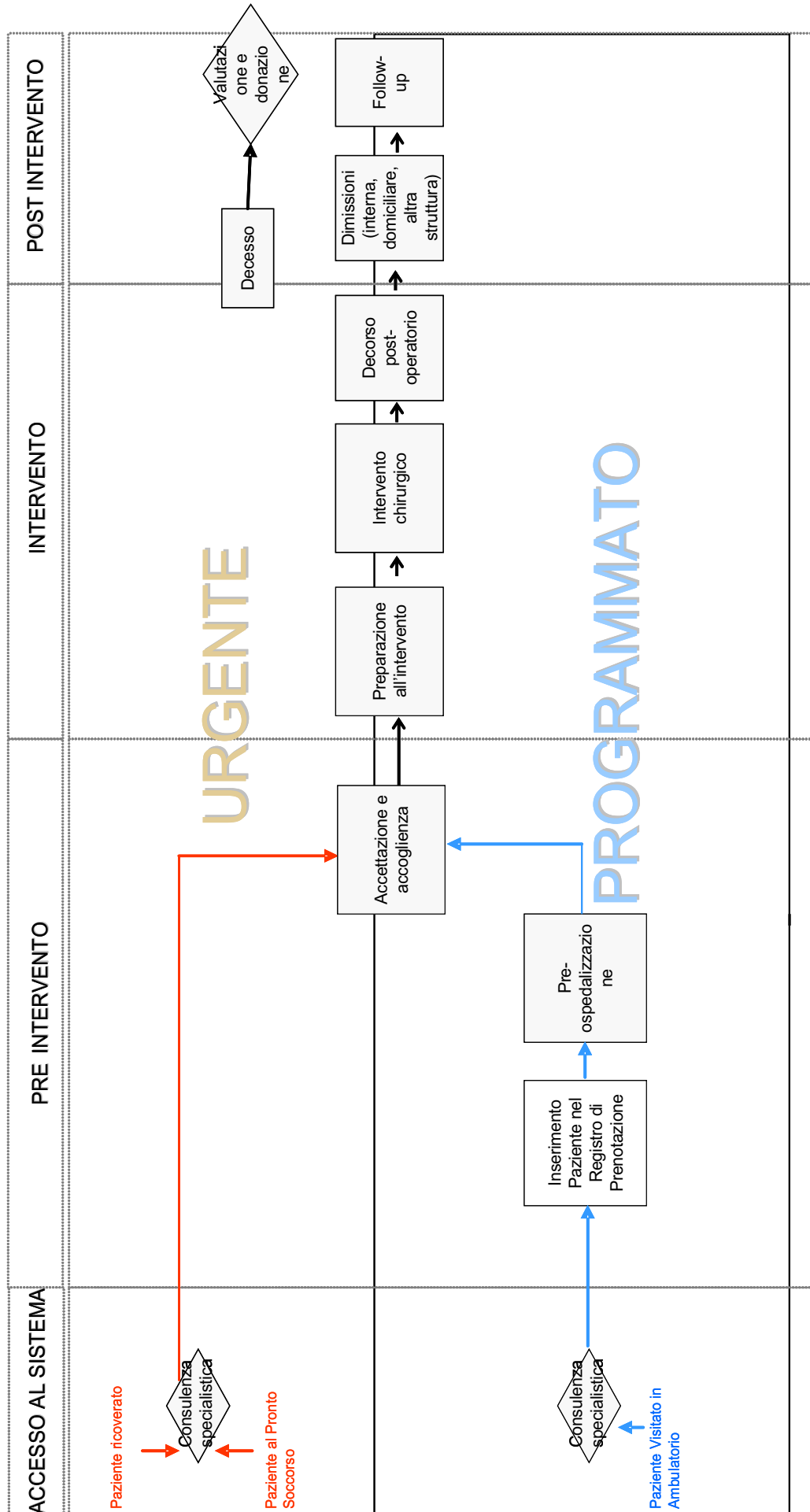


Tabella n. 1 requisiti area chirurgica

Percorso di Area chirurgica		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
CA1.*	Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CA2.	E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CA3.	Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
CM1.	I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CM2.	Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CM3.	Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CM4.	E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CM5.*	E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
CM6.	L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
CM7.	Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
CM8.	Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
CM9.	Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
CM10.	Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
CM11.*	La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CM12.	Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CM13.	Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CM14.	E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CM15.	Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CM16.	I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 1 requisiti area chirurgica

Percorso di Area chirurgica		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
		CM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
C1. ACCESSO AL SISTEMA		C1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		C1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		C1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
c1.1 consulenza specialistica - reparto o PS				
c1.2 consulenza specialistica - ambulatorio				
C2. PERCORSO PRE-INTERVENTO				
c2.1 inserimento Registro Prenotazione		C2.1.1 E' garantita una modalità omogenea e trasparente per l'accesso alle prestazioni chirurgiche sia in modalità istituzionale che in libera professione	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		C2.1.2 Il tempo di attesa per gli interventi chirurgici programmati ospedalieri e ambulatoriali è contenuto entro un periodo massimo.	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		C2.1.3 La scheda con la proposta di intervento chirurgico è compilata correttamente dal chirurgo nelle sue parti, compreso il codice di priorità e l'attribuzione del setting assistenziale appropriato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
c2.2 pre-ospedalizzazione		C2.2.1 E' attivata la preospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		C2.2.2 La presa in carico del paziente oncologico che deve effettuare intervento chirurgico è appropriata	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
c2.3 accettazione e accoglienza		C2.3.(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		C2.3.(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		C2.3.(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
C3. RICOVERO		C2.3.(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		C3.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		C3.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Tabella n. 1 requisiti area chirurgica

Percorso di Area chirurgica		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
		C3.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		C3.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		C3.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		C3.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		C3.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
		C3.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
		C3.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
		C3.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		C3.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		C3.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		C3.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		C3.(M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		C3.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		C3.(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		C3.(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		C3.(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		C3.(M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 1 requisiti area chirurgica

Percorso di Area chirurgica		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
		C3.(M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		C3.(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		C3.(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
c 3.1 preparazione all'intervento		C3.1.1 La prestazione sanitaria è erogata nell'appropriato setting assistenziale	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		C3.1.2 L'organizzazione si dota di un sistema per la prevenzione della TVP appropriato	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
c 3.2 realizzazione intervento		C3.2.1 Il registro di sala operatoria è informatizzato	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		C3.2.2 L'organizzazione si dota di un sistema di gestione della sicurezza in sala operatoria adeguato	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		C3.2.3 Si garantiscono volumi di attività e impiego di procedure chirurgiche coerenti con gli standard di qualità definiti a livello internazionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		C3.2.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
c 3.3 decorso post-operatorio				
c 3.4 decesso		C3.4.1 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
C4. POST RICOVERO				
c 4.1 dimissioni		C4.1.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		C4.1.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		C4.1.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		C4.1.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti: le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 1 requisiti area chirurgica

Percorso di Area chirurgica		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
C4.1. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASS. E COOP.
c 4.2 follow up		

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Percorso di Area chirurgica**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO CA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.
INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione
NUMERATORE Numero impegni raggiunti
DENOMINATORE Numero impegni regionali
STANDARD BASE 75%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO CA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 40 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.2) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO CA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU _i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
DENOMINATORE $\sum W_i$ W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B8) nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO CM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO CM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
NUMERATORE Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)
REQUISITO CM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza di budget dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

REQUISITO CM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)
REQUISITO CM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

% di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO CM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

REQUISITO CM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO CM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero occasioni di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

NUMERATORE
Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE
Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3
% di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
REQUISITO CM13.
Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1
Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2
Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CM14.
E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
INDICATORE
Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.6
INDICATORE 4 Rapporto tra le cadute con danno segnalate con il sistema di incident reporting e gli audit effettuati
NUMERATORE Numero cadute con danno
DENOMINATORE Numero di audit sulle cadute con danno
STANDARD BASE 90%

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO CM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

C 1. Accesso al sistema

REQUISITO C1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO C1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO C1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)
INDICATORE 1 Tempi di attesa delle visite specialistiche ambulatoriali
NUMERATORE Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di visite specialistiche totali esaminate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 Tempi di attesa esami diagnostici
NUMERATORE Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

DENOMINATORE
Numero di esami diagnostici totali esaminati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance

C2.1 Inserimento Registro Prenotazione

REQUISITO C2.1.1
E' garantita una modalità omogenea e trasparente per l'accesso alle prestazioni chirurgiche sia in modalità istituzionale che in libera professione
INDICATORE 1
I criteri di accesso al registro di prenotazione sono stabiliti, diffusi e applicati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 2
Presenza di modulo da consegnare al paziente che indichi il numero di inserimento in lista di attesa
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO C2.1.2
Il tempo di attesa per gli interventi chirurgici programmati ospedalieri e ambulatoriali è contenuto entro un periodo massimo.
INDICATORE 1
% interventi classe di priorità A erogati entro 3 mesi dalla prenotazione e per gli oncologici entro 1 mese
NUMERATORE
Numero di interventi classe di priorità A erogati entro 3 mesi dalla prenotazione e per gli oncologici entro 1 mese
DENOMINATORE
Numero di interventi classe di priorità A erogati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno; valutazione delle performance
per i privati
INDICATORE 2
% interventi erogati entro la data concordata (vedi standard privati per tipologia di procedura chirurgica)
NUMERATORE

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero di interventi erogati entro la data concordata
DENOMINATORE Numero di interventi erogati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO C2.1.3 La scheda con la proposta di intervento chirurgico è compilata correttamente dal chirurgo nelle sue parti, compreso il codice di priorità e l'attribuzione del setting assistenziale appropriato
INDICATORE % di schede compilate correttamente
NUMERATORE Numero di schede compilate correttamente
DENOMINATORE Numero di pazienti con proposta di intervento
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

C2.2 Pre-ospedalizzazione

REQUISITO C2.2.1 E' attivata la pre-ospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmati
INDICATORE Degenza media pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati
NUMERATORE Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
DENOMINATORE Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
STANDARD BASE 1 giorno dall'ammissione
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C3)

REQUISITO C2.2.2 E' effettuata una presa in carico del paziente oncologico che deve effettuare intervento chirurgico appropriata
--

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

INDICATORE % di valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc)
NUMERATORE Numero di valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc)
DENOMINATORE Numero di referti con diagnosi oncologica del Servizio di Anat. Pat.
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

C2.3 Accettazione e accoglienza

REQUISITO C2.3. (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO C2.3. (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO C2.3. (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO C2.3. (M24)
E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE
Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

C3. Ricovero

REQUISITO C3. (M25)*
Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE
% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO C3. (M26)*
I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE
% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO C3. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
REQUISITO C3. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO C3. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO C3. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

per casa di cura:
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO C3. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.1
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.2
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 4 90%
TIPOLOGIA FONTE 4 Centro GRC
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO C3. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE % di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero operatori
STANDARD BASE 90% per formazione CRM, facilitatori, gruppi di lavoro; 70% per formazione di base a tutti gli operatori
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

<p>REQUISITO C3. (M33)</p> <p>Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri</p>
<p>REQUISITO C3. (M34)</p> <p>E' garantita la qualità delle prestazioni erogate</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di ricoveri</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C5.1)</p>
<p>REQUISITO C3. (M35)</p> <p>I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti)</p>

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

INDICATORE 2
% pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
NUMERATORE
Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile)

REQUISITO C3. (M36)*
Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE
% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
NUMERATORE
Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE
Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO C3. (M37)
I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE
Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO C3. (M38)
Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche
INDICATORE 1
% di schede MEWS correttamente compilate

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

NUMERATORE
Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE
Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2
% di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
NUMERATORE
Numero di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
DENOMINATORE
Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 3
% di morti per Arresto Cardiaco Respiratorio
NUMERATORE
Numero di cartelle cliniche revisionate in cui risulta la morte per Arresto Cardiaco Respiratorio
DENOMINATORE
Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO C3. (M39)
Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso
INDICATORE 1
Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE
Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE
Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3 % di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
NUMERATORE Numero di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
DENOMINATORE Numero di strumenti informativi adottati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 % di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
NUMERATORE Numero di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

STANDARD BASE 90%, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO C3. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO C3. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO C3. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO C3. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO C3. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione della TAO coerente con quanto previsto dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
DENOMINATORE Numero di pazienti in TAO intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA DI FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO C3. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO C3. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

C3.1 Preparazione all'intervento

REQUISITO C3.1.1 La prestazione sanitaria è erogata nell'appropriato setting assistenziale
INDICATORE 1 DRG LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
NUMERATORE Somma delle percentuali di raggiungimento degli standard dei DRG Chirurgici LEA
DENOMINATORE Numero di DRG LEA Chirurgici erogati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C4.12)

REQUISITO C3.1.2 L'organizzazione si dota di un sistema per la prevenzione della TVP appropriato
INDICATORE 1 Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1.000 dimessi con DRG chirurgico
NUMERATORE Numero di dimessi con trombosi venosa profonda o embolia polmonare in diagnosi secondaria
DENOMINATORE Numero dimessi con DRG chirurgico
STANDARD BASE <2
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C6.4.3)
INDICATORE 2 % embolie rilevate da SDO rispetto alla cartella clinica
NUMERATORE Numero di embolie rilevate da SDO
DENOMINATORE

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero di embolie rilevate in cartella clinica
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

C3.2 Realizzazione intervento

REQUISITO C3.2.1 Il registro di sala operatoria è informatizzato
INDICATORE Informatizzazione della registrazione dei dati di sala operatoria secondo requisiti definiti a livello regionale (assicurarsi che ci sia come campo obbligatorio la data e ore magari con rilevazione automatica)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO C3.2.2 L'organizzazione si dota di un sistema adeguato di gestione della sicurezza in sala operatoria
INDICATORE 1 % di procedure effettuate con l'adozione della check list di sala operatoria coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale
NUMERATORE Numero di procedure effettuate con l'adozione della check list di sala operatoria coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale
DENOMINATORE Numero di procedure effettuate
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % di procedure effettuate con contrassegno del sito-lato coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale
NUMERATORE Numero di procedure effettuate con contrassegno del sito-lato coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale
DENOMINATORE Numero procedure effettuate che necessitano distinzione sito-lato
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

INDICATORE 3
% di procedure effettuate con supporto strumento strutturato per conteggio garze e strumentario e tracciabilità del materiale per procedure di sterilizzazione e dei dispositivi impiantati
NUMERATORE
Numero di procedure effettuate con supporto strumento strutturato per conteggio garze e strumentario e tracciabilità del materiale per procedure di sterilizzazione e dei dispositivi impiantati
DENOMINATORE
Numero totale procedure
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4
Esiste una procedura aziendale per gestire l'accesso alle prestazioni chirurgiche dei pazienti allergici al lattice
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO C3.2.3
Si garantiscono volumi di attività e impiego di procedure chirurgiche coerenti con gli standard di qualità definiti a livello internazionale
INDICATORE 1
Numero di interventi di tipo X ¹ maggiore di N ²
NUMERATORE
Numero di interventi di tipo X realizzati
DENOMINATORE
Numero di interventi di tipo X attesi
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2
% di interventi di tipo X realizzati in laparoscopia
NUMERATORE
Numero di interventi " di tipo X" in laparoscopia
DENOMINATORE
Totale interventi "di tipo X"

¹ Per ciascuna specialità i tipi di intervento sono definiti in base ai dati della letteratura internazionale

² Per ciascuna specialità il volume di interventi per ciascuna tipologia è definito in base ai dati di letteratura internazionale

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO C3.2. (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di pazienti ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

C 3.4 Decesso

REQUISITO C.3.4.1 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi
INDICATORE 1 % morti encefaliche eleggibili individuate
NUMERATORE Numero morti encefaliche eleggibili
DENOMINATORE Numero decessi con lesioni cerebrali nelle UTI
STANDARD BASE >50%

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

TIPOLOGIA FONTE dati OTT e sistema di valutazione delle performance (B6.1.1)
INDICATORE 2 % donatori effettivi di organi
NUMERATORE Numero donatori effettivi
DENOMINATORE Numero morti encefaliche eleggibili
STANDARD BASE >49%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT e sistema di valutazione delle performance (B6.1.2)

C4.1 Dimissioni

REQUISITO C4.1. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO C4.1. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C8a.1)
INDICATORE 3 Tasso di dimissioni con attivazione di assistenza domiciliare integrata per 100.000 abitanti
NUMERATORE Numero pazienti con attivazione di assistenza domiciliare integrata per 100.000 abitanti
DENOMINATORE Popolazione residente
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
REQUISITO C4.1. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri - D21)

REQUISITO C4.1. (M51)*
Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE
% lettere di dimissioni compilate correttamente
NUMERATORE
Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE
Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO C4.1. (M52)
La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1
% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione/fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione / fornitura di farmaci / presidi alla dimissione
DENOMINATORE
Totale dei pazienti
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2
% di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE
Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance

Tabella n. 2 area oncologica - diagramma di flusso: oncologia

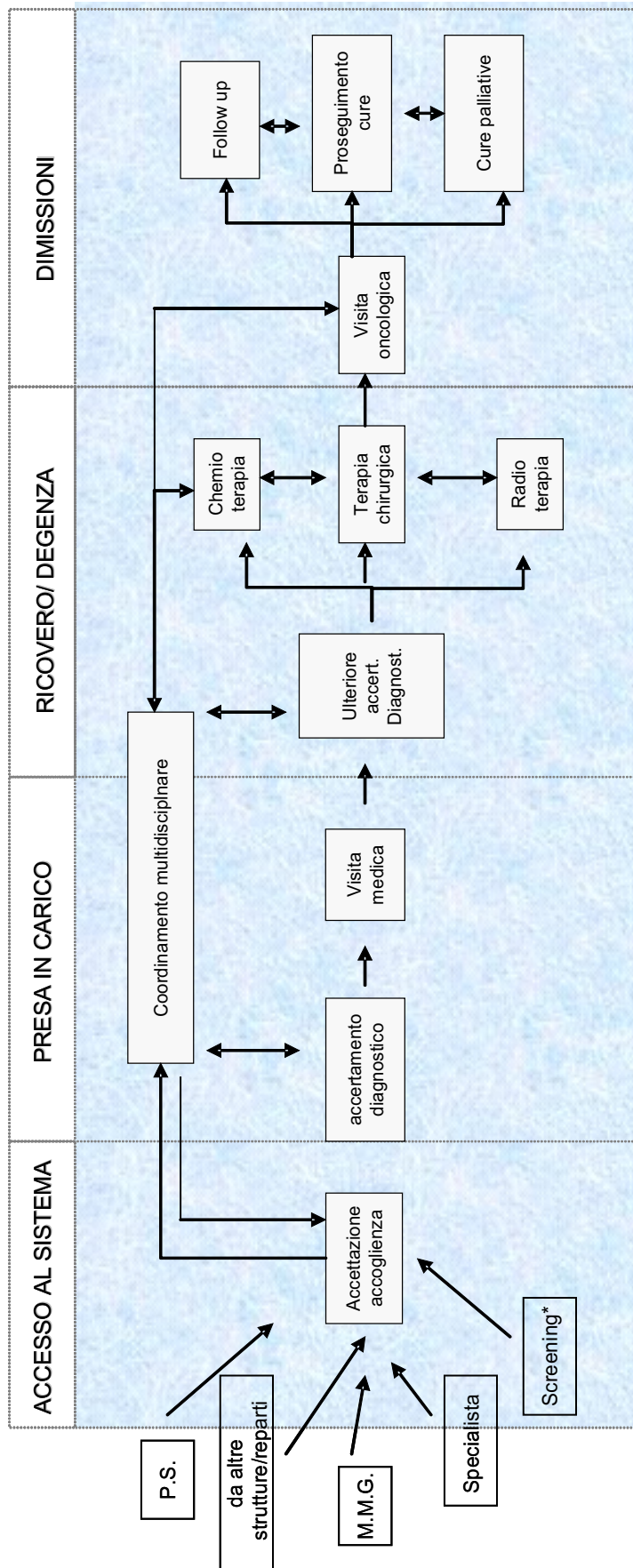


Tabella n. 2 area oncologica - requisiti: oncologia

Percorso di Area oncologica: oncologia		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
ONCA1.*	Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ONCA2.	E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ONCA3.	Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
ONCM1.	I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ONCM2.	Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ONCM3.	Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ONCM4.	E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ONCM5.*	E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
ONCM6.	L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
ONCM7.	Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
ONCM8.	Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
ONCM9.	Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
ONCM10.	Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
ONCM11.*	La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONCM12.	Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONCM13.	Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 2 area oncologica - requisiti: oncologia

Percorso di Area oncologica: oncologia			CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO				
	ONCM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili		Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONCM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONCM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.		Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONCM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).		Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
ONC1. ACCESSO AL SISTEMA	ONC1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONC1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni		Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
onc1.1 accettazione e accoglienza	ONC 1.1.1 L'organizzazione ha un servizio di accoglienza dedicato/competente		Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche		Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio		Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza		Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ONC2. PRESA IN CARICO	ONC2.1 E' effettuata una presa in carico, per tutto il percorso di cura del paziente appropriata, efficace e tempestiva		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
onc 2.1 Accertamento diagnostico	ONC 2.1.1 La refertazione del pezzo anatomico successiva al trattamento chirurgico è tempestiva ed efficace		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
onc 2.2 Visita medica				

Tabella n. 2 area oncologica - requisiti: oncologia

Percorso di Area oncologica: oncologia		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
onc 2.3 Coordinamento multidisciplinare				
ONC3. RICOVERO/DEGENZA		<p>ONC 3.1 E' garantito un supporto psicologico adeguato al paziente</p> <p>ONC3.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.</p> <p>ONC3.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza</p> <p>ONC3.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza</p> <p>ONC3.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari</p> <p>ONC3.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento</p> <p>ONC3.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente</p> <p>ONC3.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente</p> <p>ONC3.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente</p> <p>ONC3.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri</p> <p>ONC3.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate</p> <p>ONC3.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato</p> <p>ONC3.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori</p>	<p>Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali</p> <p>Comunicazione e partecipazione</p> <p>Umanizzazione</p> <p>Comunicazione e partecipazione</p> <p>Comunicazione e partecipazione</p> <p>Organizzazione del lavoro</p> <p>Organizzazione del lavoro</p> <p>Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente</p> <p>Formazione</p> <p>Gestione dati</p> <p>Appropriatezza e qualità clinica</p> <p>Appropriatezza e qualità clinica</p> <p>Appropriatezza e qualità clinica</p>	<p>PERFORMANCE ASSISTENZIALI</p> <p>DIRITTI E PARTECIPAZIONE</p> <p>DIRITTI E PARTECIPAZIONE</p> <p>DIRITTI E PARTECIPAZIONE</p> <p>DIRITTI E PARTECIPAZIONE</p> <p>MANAGEMENT</p> <p>MANAGEMENT</p> <p>MANAGEMENT</p> <p>MANAGEMENT</p> <p>MANAGEMENT</p> <p>MANAGEMENT</p> <p>PERFORMANCE ASSISTENZIALI</p> <p>PERFORMANCE ASSISTENZIALI</p> <p>PERFORMANCE ASSISTENZIALI</p>

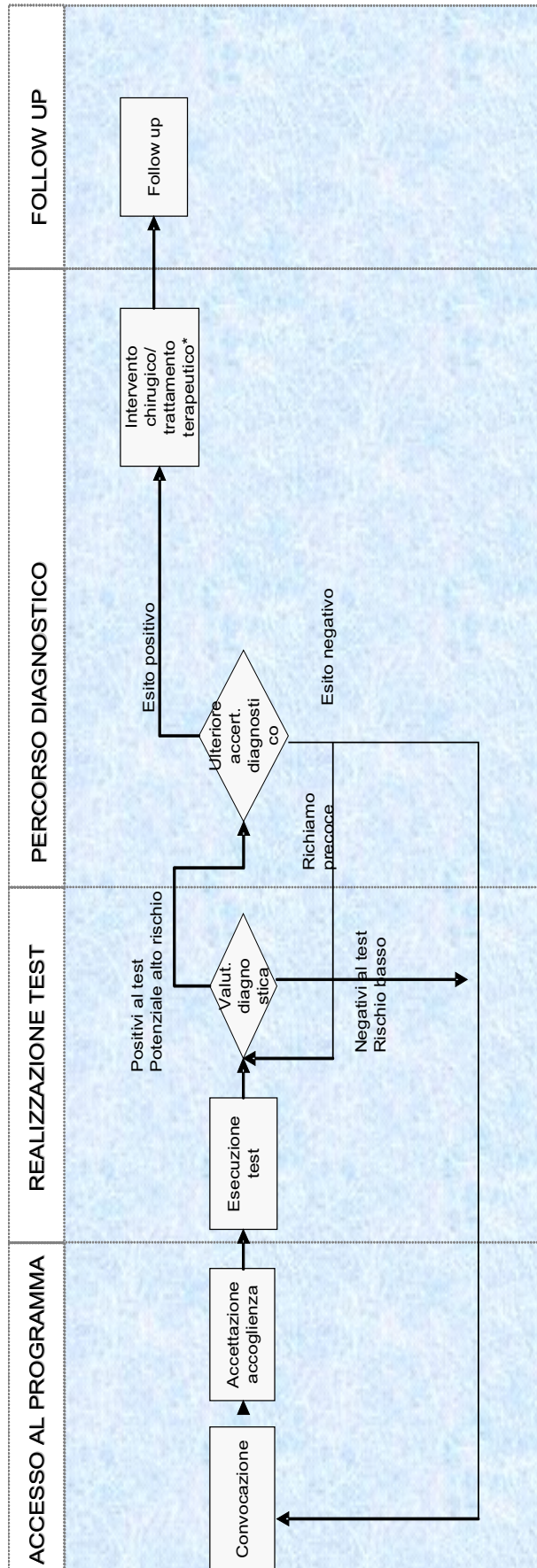
Tabella n. 2 area oncologica - requisiti: oncologia

Percorso di Area oncologica: oncologia		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA	
		ONC3. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
		ONC3. (M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
		ONC3. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
		ONC3. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
		ONC3. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
		ONC3. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
		ONC3. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
		ONC3. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
		ONC3. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
		ONC3. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	onc 3.1 Ulteriore accertamento diagnostico				
onc 3.2 Chemioterapia, Terapia chirurgica,		ONC 3.2.1 L'attivazione del trattamento (chemioterapico e chirurgico) è tempestivo	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Tabella n. 2 area oncologica - requisiti: oncologia

Percorso di Area oncologica: oncologia			CATEGORIA	MACROCATEGORIA
Radioterapia	REQUISITO			
	ONC 3.2.2 Il sistema di gestione dei chemioterapici antitumorali è centralizzato		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONC3.2.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli implantabili.		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC 4. DIMISSIONI	ONC 4.1 La continuità del processo di cura e assistenziale è garantita		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC4.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC4.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC4.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti: le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
onc 4.1 Visita oncologica				
onc 4.2 Follow up				
onc 4.2 Proseguimento cure	ONC 4.2.1 Alla dimissione è gestita la continuità delle cure oncologiche, comprese le cure fisioterapiche e riabilitative e di supporto, e l'attivazione tempestiva dell'ADI laddove richiesta		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
onc 4.3 Cure palliative	ONC 4.3.1 E' garantito il contatto con il servizio di cure palliative		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 2 area oncologica - diagramma di flusso: screening



*vedi percorso oncologico

Tabella n. 2 area oncologica - requisiti: screening

Percorso di Area oncologica - screening		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
SCREEA1. * Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
SCREEA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
SCREEA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi		Gestione dati	MANAGEMENT
SCREEM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SCREEM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SCREEM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SCREEM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi fornitori esterni		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SCREEM5. * E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente		Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
SCREEM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti.		Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
SCREEM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace		Formazione	MANAGEMENT
SCREEM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione		Formazione	MANAGEMENT
SCREEM9. Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori		Gestione dati	MANAGEMENT
SCREEM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici		Gestione dati	MANAGEMENT
SCREEM11. * La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SCREEM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SCREEM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 2 area oncologica - requisiti: screening

Percorso di Area oncologica - screening		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
SCREE 1. ACCESSO AL PROGRAMMA	SCREEM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
	SCREEM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	SCREEM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE	
	SCREEM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE	
	SCREE1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	SCREE1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE	
	SCREE1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
scree1.1 Convocazione	SCREE 1.1.1 Date e orari degli appuntamenti per la realizzazione del test sono gestiti in maniera flessibile.	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
	SCREE 1.1.2 Le lettere di invito sono conformi al format regionale	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
	SCREE 1.1.3 I dati degli assistibili sono affidabili	Gestione dati	MANAGEMENT	
scree 1.2 Accettazione e accoglienza	SCREE1.2 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
	SCREE1.2 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
	SCREE1.2 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
	SCREE 1.2(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
SCREE 2. REALIZZAZIONE TEST	SCREE 2.1 Il livello di estensione ai programmi di screening oncologici è conforme ai target LEA nazionali e alle indicazioni regionali	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
	SCREE 2.2. Il livello di adesione ai programmi di screening oncologici è conforme ai target LEA nazionali e alle indicazioni regionali	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	

Tabella n. 2 area oncologica - requisiti: screening

Percorso di Area oncologica - screening		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
scree2.1 Esecuzione test	SCREE 2.3 I tempi di consegna dei referti sono adeguati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	SCREE 2.4 E' previsto un percorso di supporto adeguato per gli operatori sanitari che sono a diretto contatto con i pazienti che andranno inseriti nel percorso diagnostico	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
scree 2.2 Valutazione diagnostica	SCREE 2.2.1 E' previsto un percorso di supporto adeguato per gli operatori sanitari che sono a diretto contatto con i pazienti che andranno inseriti nel percorso diagnostico	Formazione	MANAGEMENT
	SCREE 2.2.2 E' garantita l'efficacia degli esami diagnostici	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 2.2.3 I soggetti positivi ai test (individuati come ad alto rischio potenziale) sono inseriti nel percorso diagnostico in maniera tempestiva	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE2.(M25) * Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.		
SCREE 3. PERCORSO DIAGNOSTICO	SCREE 3. I tempi di effettuazione del trattamento chirurgico sono adeguati.	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SCREE 3.(M26) * I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 3.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 3.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 3.(M31) * Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 3.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	SCREE 3.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un data base per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Formazione	MANAGEMENT
	SCREE 3.(M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Gestione dati	MANAGEMENT

Tabella n. 2 area oncologica - requisiti: screening

Percorso di Area oncologica - screening			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	SCREE 3.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 3.(M36) * Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 3.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 3. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 3. (M42) * L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
scree 3.1 Ulteriore accertamento diagnostico			
scree 3.2 Intervento chirurgico/ trattamento terapeutico(vedi percorso oncologico)			
SCREE 4. FOLLOW UP	SCREE 4.1 L'insorgere di cancro intervallo è monitorato periodicamente	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Percorso di Area oncologica: oncologia**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO ONCA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.
INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione
NUMERATORE Numero impegni raggiunti
DENOMINATORE Numero impegni regionali
STANDARD BASE 75%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO ONCA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 40 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.2) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO ONCA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU _i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
DENOMINATORE $\sum W_i$ W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p>TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B8)</p> <p>nota: indicatore aziendale complessivo</p>

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

<p>REQUISITO ONCM1.</p> <p>I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>

<p>REQUISITO ONCM2.</p> <p>Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 50%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)</p>

<p>REQUISITO ONCM3.</p> <p>Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)
REQUISITO ONCM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ONCM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ONCM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO ONCM7.
Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE
% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
NUMERATORE
Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE
Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

REQUISITO ONCM8.
Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1
% schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE
Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE
Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2
% schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE
Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE
Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

% di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ONCM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ONCM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO ONCM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO ONCM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero occasioni di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
REQUISITO ONCM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ONCM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ONCM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.6
INDICATORE 4 Rapporto tra le cadute con danno segnalate con il sistema di incident reporting e gli audit effettuati
NUMERATORE Numero cadute con danno
DENOMINATORE Numero di audit sulle cadute con danno
STANDARD BASE 90%

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO ONCM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ONCM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ONC1. Accesso al sistema

REQUISITO ONC1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO ONC1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ONC1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)
INDICATORE 1 Tempi di attesa delle visite specialistiche ambulatoriali
NUMERATORE Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di visite specialistiche totali esaminate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 Tempi di attesa esami diagnostici
NUMERATORE Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di esami diagnostici totali esaminati

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
ONC1.1 Accettazione e accoglienza
REQUISITO ONC 1.1.1 L'organizzazione ha un servizio di accoglienza dedicato/competente
INDICATORE Presenza di personale dedicato
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ONC1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ONC1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ONC1.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

% di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ONC1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ONC2. Presa in carico

REQUISITO ONC2.1 E' effettuata una presa in carico, per tutto il percorso di cura del paziente appropriata, efficace e tempestiva
INDICATORE 1 % valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc) sui pazienti con referto di diagnosi oncologica del Servizio di Anat. Pat.
NUMERATORE Numero valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc)
DENOMINATORE Numero referti con diagnosi oncologica del Servizio di Anat. Pat.
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc) sul numero di biopsie pre-trattamento
NUMERATORE Numero valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc)
DENOMINATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di biopsie pre-trattamento
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Presenza del formato di documentazione GOM
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 % di nuovi casi di neoplasie di residenti presi in carico (specificare casistiche)
NUMERATORE Numero di nuovi casi di neoplasie di residenti presi in carico
DENOMINATORE Numero di nuovi casi di neoplasie di residenti
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 5 % pazienti che vengono visitati entro 2 giorni dalla richiesta
NUMERATORE Numero pazienti che vengono visitati entro 2 giorni dalla richiesta di richiesta di prenotazione al CUP
DENOMINATORE Numero totale richieste
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

ONC2.1 Accertamento diagnostico

REQUISITO ONC 2.1.1 La refertazione del pezzo anatomico successiva al trattamento chirurgico è tempestiva ed efficace
INDICATORE 1 % referti prodotti entro quanto stabilito per tipologia di referto (5gg per citologia, 15gg per pezzo operatorio senza approfondimento biomolecolare, 20gg per pezzo operatorio con approfondimento biomolecolare)
NUMERATORE Numero referti prodotti entro quanto stabilito
DENOMINATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero referti prodotti
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2
% pazienti che vengono visitati secondo quanto stabilito dalle linee guida ITT
NUMERATORE
Numero pazienti che vengono visitati secondo quanto stabilito dalle linee guida ITT
DENOMINATORE
Numero pazienti visitati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

ONC3. Ricovero/degenza

REQUISITO ONC 3.1
E' garantito un supporto psicologico adeguato al paziente
INDICATORE
Esistenza di programma e azioni specifiche per il supporto in coerenza con le indicazioni regionali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ONC3. (M25)*
Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE
% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO ONC3. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ONC3. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
REQUISITO ONC3. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
NUMERATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ONC3. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ONC3. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO ONC3. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.1
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.2

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO ONC3. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE % di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero operatori
STANDARD BASE 90% per formazione CRM, facilitatori, gruppi di lavoro; 70% per formazione di base a tutti gli operatori
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ONC3. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri

REQUISITO ONC3. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro i 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C5.1)

REQUISITO ONC3. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti)
INDICATORE 2 % pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
NUMERATORE Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile)
REQUISITO ONC3. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO ONC3. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO ONC3. (M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
NUMERATORE Numero di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 3 % di morti per Arresto Cardiaco Respiratorio
NUMERATORE Numero di morti per Arresto Cardiaco Respiratorio
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO ONC3. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2
% di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE
Numero di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE
Totale personale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3
% di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
NUMERATORE
Numero di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
DENOMINATORE
Numero di strumenti informativi adottati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4
% di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
NUMERATORE
Numero di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
DENOMINATORE
Totale personale
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 5
% pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ONC3. (M40)*
Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE
% di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
NUMERATORE
Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE
Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ONC3. (M41)
Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE
% di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ONC3. (M42)*
L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ONC3. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO ONC3. (M44)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione della TAO coerente con quanto previsto dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
DENOMINATORE Numero di pazienti in TAO intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA DI FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ONC3. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO ONC3. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

ONC3.2 Chemioterapia, Terapia chirurgica, Radioterapia

REQUISITO ONC 3.2.1 L'attivazione del trattamento (chemioterapico, radioterapico e chirurgico) è tempestivo
INDICATORE 1 % pazienti che iniziano la chemioterapia entro 25 gg dall'intervento chirurgico
NUMERATORE Numero pazienti che iniziano la chemioterapia entro 25 gg dall'intervento chirurgico
DENOMINATORE Numero totale pazienti operati che devono iniziare la chemioterapia
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE documentazione: Linee Guida, Conferenza Stato Regioni
INDICATORE 2 % pazienti che iniziano la chemioterapia entro 10 gg dalla visita GOM
NUMERATORE Numero pazienti che iniziano la chemioterapia entro 10 gg dalla visita GOM
DENOMINATORE Numero totale pazienti visitati dal GOM che devono iniziare la chemioterapia
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE documentazione: Linee Guida, Conferenza Stato Regioni
INDICATORE 3 % pazienti che iniziano la radioterapia dalla visita GOM entro i tempi definiti dai diversi protocolli per le principali patologie neoplastiche (tempi da definire a seconda della finalità del trattamento)
NUMERATORE Numero pazienti che iniziano la radioterapia dalla visita GOM entro i tempi definiti dai diversi protocolli per le principali patologie neoplastiche
DENOMINATORE Numero totale pazienti visitati dal GOM che devono iniziare la radioterapia
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

TIPOLOGIA FONTE documentazione: Linee Guida, Conferenza Stato Regioni
INDICATORE 4 % pazienti che eseguono intervento chirurgico entro 30 gg. dall'inserimento nella lista d'attesa
NUMERATORE Numero pazienti che eseguono intervento chirurgico entro 30 gg. dall'inserimento nella lista d'attesa
DENOMINATORE Numero totale pazienti visitati che devono effettuare intervento chirurgico
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE documentazione: Linee Guida, Conferenza Stato Regioni
REQUISITO ONC 3.2.2 Il sistema di gestione dei chemioterapici antitumorali è centralizzato
INDICATORE Applicazione della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO ONC3.2 (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di pazienti ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ONC4. Dimissioni

REQUISITO ONC 4.1 La continuità del processo di cura e assistenziale è garantita
INDICATORE % di dimissioni con programmazione delle tappe successive del trattamento di cura dei pazienti con terapia complessa
NUMERATORE Numero di dimissioni con programmazione delle tappe successive del trattamento di cura
DENOMINATORE Numero di dimissioni di pazienti con terapia complessa
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ONC4. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ONC4. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C8a.1)
REQUISITO ONC4. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO ONC4. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ONC4. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione/fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione / fornitura di farmaci / presidi alla dimissione
DENOMINATORE Totale dei pazienti
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance

ONC4.2 Proseguimento cure

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO ONC 4.2.1 Alla dimissione è gestita la continuità delle cure oncologiche, comprese le cure fisioterapiche e riabilitative e di supporto, e l'attivazione tempestiva dell'ADI laddove richiesta
INDICATORE % pazienti con richiesta (in cartella o UVM) gestiti sul territorio (ADI/Hospice)
NUMERATORE Pazienti con richiesta (in cartella o UVM)
DENOMINATORE Totale pazienti gestiti sul territorio ADI/Hospice
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

ONC4.3 Cure palliative

REQUISITO ONC 4.3.1 E' garantito il contatto con il servizio di cure palliative
INDICATORE % dimessi con prenotazione al servizio di cure palliative
NUMERATORE Numero dimessi con prenotazione al servizio di cure palliative
DENOMINATORE Totale pazienti dimessi eleggibili
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Percorso di Area oncologica: screening

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO SCREEA1. * Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO SCREEA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.2) nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO SCREEA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU_i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum W_i$ W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8)

nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO SCREEM1.

I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento

INDICATORE

Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui

STANDARD BASE si

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREEM2.

Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività

INDICATORE

% dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti

NUMERATORE

Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti

DENOMINATORE

Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno

STANDARD BASE 50%

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO SCREEM3.

Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata

INDICATORE

% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno

NUMERATORE

Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno

DENOMINATORE

Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno

STANDARD BASE 50%

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO SCREEM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREEM5. * E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ONCM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO SCREEM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

REQUISITO SCREEM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO SCREEM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREEM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREEM11. *

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO SCREEM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero occasioni di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO SCREEM13 Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO SCREEM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO SCREEM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.6
INDICATORE 4 Rapporto tra le cadute con danno segnalate con il sistema di incident reporting e gli audit effettuati
NUMERATORE Numero cadute con danno
DENOMINATORE Numero di audit sulle cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO SCREEM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREEM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

SCREE1. Accesso al programma

REQUISITO SCREE1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto
REQUISITO SCREE1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO SCREE1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)
INDICATORE 1 Tempi di attesa delle visite specialistiche ambulatoriali
NUMERATORE Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di visite specialistiche totali esaminate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 Tempi di attesa esami diagnostici
NUMERATORE Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di esami diagnostici totali esaminati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

SCREE1.1 Convocazione

REQUISITO SCREE 1.1.1 Date e orari degli appuntamenti per la realizzazione del test sono gestiti in maniera flessibile.
INDICATORE Programmazione dell'attività con fasce orarie e giorni disponibili flessibile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO SCREE 1.1.2 Le lettere di invito sono conformi al format regionale
INDICATORE Coerenza formato aziendale e regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO SCREE 1.1.3 I dati degli assistibili sono affidabili
INDICATORE % di lettere di convocazione inviate che risultano inesitate
NUMERATORE Numero di lettere inesitate
DENOMINATORE Numero convocazioni inviate
STANDARD BASE < 10 %
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO

SCREE1.2 Accettazione e accoglienza

REQUISITO SCREE1.2 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO SCREE1.2 (M22)
E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE
Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREE1.2 (M23)
Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1
Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2
% di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE
Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO SCREE1.2 (M24)
E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE
Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

SCREE2. REALIZZAZIONE TEST

REQUISITO SCREE 2.1
Il livello di estensione ai programmi di screening oncologici è conforme ai target LEA nazionali e alle

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

indicazioni regionali
INDICATORE 1 Grado di estensione agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
NUMERATORE Numero soggetti invitati agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
DENOMINATORE Totale della popolazione bersaglio degli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
STANDARD BASE standard nazionali
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO sistema di valutazione delle performance (B5)
INDICATORE 2 coerenza della lettera inviata dalla azienda che effettua lo screening con il formato regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO SCREE 2.2 Il livello di adesione ai programmi di screening oncologici è conforme ai target LEA nazionali e alle indicazioni regionali
INDICATORE Grado di adesione agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
NUMERATORE Numero soggetti che hanno partecipato agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
DENOMINATORE Numero soggetti invitati agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
STANDARD BASE standard nazionali
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO sistema di valutazione delle performance (B5)

REQUISITO SCREE 2.3 I tempi di consegna dei referti sono adeguati
INDICATORE 1 Per referto mammografico: % di lettere con esito negativo (basso rischio) inviate entro un tempo stabilito dalla data del test di screening
NUMERATORE Numero di lettere con esito negativo inviate entro un tempo stabilito dalla data del test di screening
DENOMINATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di lettere con esito negativo inviate
STANDARD BASE 90% entro 21 giorni,
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 2 Per cervice uterina: % di referti con esito negativo (basso rischio) inviati entro un tempo stabilito dalla data del prelievo del Pap test
NUMERATORE Numero di referti con esito negativo inviati entro un tempo stabilito dalla data del prelievo del Pap test
DENOMINATORE Numero di referti con esito negativo inviati
STANDARD BASE 80% entro 4 settimane
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 3 Per colon-retto: % di referti con esito negativo (basso rischio) inviati entro un tempo stabilito dalla data di riconsegna del SOF
NUMERATORE Numero di referti con esito negativo inviati entro un tempo stabilito dalla data di riconsegna del SOF
DENOMINATORE Numero di referti con esito negativo inviati
STANDARD BASE 90% entro 21 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO

REQUISITO SCREE 2.4 E' previsto un percorso di supporto adeguato per gli operatori sanitari che sono a diretto contatto con i pazienti che andranno inseriti nel percorso diagnostico
INDICATORE 1 % di operatori che sono a diretto contatto con l'utenza che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione-aggiornamento all'anno
NUMERATORE Numero di operatori che sono a diretto contatto con l'utenza che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione-aggiornamento all'anno
DENOMINATORE Numero di operatori totale che sono a diretto contatto con l'utenza
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

INDICATORE 2 Attivazione di un percorso di counselling dedicato per gli operatori che sono a diretto contatto con l'utenza
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

SCREE2.2 Valutazione diagnostica

REQUISITO SCREE 2.2.1 E' previsto un apposito programma di monitoraggio per la valutazione della qualità tecnica per la erogazione del test
INDICATORE 1 % Pap-test inadeguati
NUMERATORE Numero di Pap-test inadeguati
DENOMINATORE Numero di Pap-test effettuati
STANDARD BASE <7%
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 2 % di SOF inadeguati
NUMERATORE Numero di SOF inadeguati
DENOMINATORE Numero di SOF effettuati
STANDARD BASE <1%
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 3 % di richiami tecnici nello screening mammografico
NUMERATORE Numero di richiami tecnici nello screening mammografico
DENOMINATORE Numero di screening mammografici effettuati
STANDARD BASE <3%
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO SCREE 2.2.2 E' garantita l'efficacia degli esami diagnostici
INDICATORE 1 Mammografia: tasso di inadeguati (% di C1/B1 sul totale delle lesioni aspirate/biopsiate)
NUMERATORE Numero di C1/B1
DENOMINATORE Numero totale delle lesioni aspirate/biopsiate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 2 Cervice: % di campioni biotipici adeguati da biopsia in corso di colposcopia
NUMERATORE Numero di campioni biotipici adeguati da biopsia in corso di colposcopia
DENOMINATORE Numero di campioni biotipici totali da biopsia in corso di colposcopia
STANDARD BASE $\geq 90\%$
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 3 Colon-retto: % di colonscopie complete
NUMERATORE Numero di colonscopie complete
DENOMINATORE Numero di colonscopie effettuate
STANDARD BASE $\geq 85\%$
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO

REQUISITO SCREE 2.2.3 I soggetti positivi al test (individuati come ad alto rischio potenziale) sono inseriti nel percorso diagnostico in maniera tempestiva
INDICATORE 1 Mammografico: % primi esame di approfondimento effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test di screening positivo

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

NUMERATORE Numero di primi esame di approfondimento effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test di screening positivo
DENOMINATORE Numero di test di screening positivi
STANDARD BASE 90% entro 28 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 2 Cervice uterina: % colposcopie effettuate entro un tempo stabilito dalla data di effettuazione del Pap test di screening positivo
NUMERATORE Numero colposcopie effettuate entro un tempo stabilito dalla data di effettuazione del Pap test di screening positivo
DENOMINATORE Numero Pap test di screening positivo
STANDARD BASE 60% entro 28 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 3 Colon-retto: % approfondimenti effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test positivo
NUMERATORE Numero di approfondimenti effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test positivo
DENOMINATORE Numero di test positivi
STANDARD BASE > 90% entro 30 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
REQUISITO SCREE2. (M25) * Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

SCREE3. Percorso diagnostico

REQUISITO SCREE3. I tempi di effettuazione del trattamento chirurgico sono adeguati.
INDICATORE 1 Mammografico: Intervallo tra la data del test e la data dell'intervento chirurgico
NUMERATORE Numero di interventi chirurgici effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test
DENOMINATORE Numero di interventi chirurgici effettuati a seguito del test
STANDARD BASE Mammografico: 95 % entro 60 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 2 Cervice: tempo tra la diagnosi pre-intervento e la data dell'intervento chirurgico
NUMERATORE Numero di interventi chirurgici effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test
DENOMINATORE Numero di interventi chirurgici effettuati a seguito del test
STANDARD BASE Cervice: >90% entro il tempo stabilito dalla data del test
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 3 Colon-retto: tempo tra la diagnosi pre-intervento e la data dell'intervento chirurgico
NUMERATORE Numero di interventi chirurgici effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test
DENOMINATORE Numero di interventi chirurgici effettuati a seguito del test
STANDARD BASE Colon-retto: >90% entro 30 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
REQUISITO SCREE3. (M26) *

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO SCREE3. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
REQUISITO SCREE3. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
DENOMINATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO SCREE3. (M31) * Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.2.1
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.2.2
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE 5 raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE 5 Centro GRC
REQUISITO SCREE3. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE % di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero operatori
STANDARD BASE 90% per formazione CRM, facilitatori, gruppi di lavoro; 70% per formazione di base a tutti gli operatori
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO SCREE3. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri
REQUISITO SCREE3. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1)
REQUISITO SCREE3. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti)
INDICATORE 2 % pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
NUMERATORE Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO SCREE3. (M36) *
Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE
% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
NUMERATORE
Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE
Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO SCREE3. (M37)
I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE
Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO SCREE3. (M41)
Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE
% di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO SCREE3. (M42) *

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

SCREE4. Follow up

REQUISITO SCREE 4.1 L'insorgere di cancro intervallo è monitorato periodicamente
INDICATORE Formalizzazione e adesione a procedure di verifica continua della casistica
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio con dati, visite, revisione di casistica

Tabella n. 3 diagramma di flusso area medica

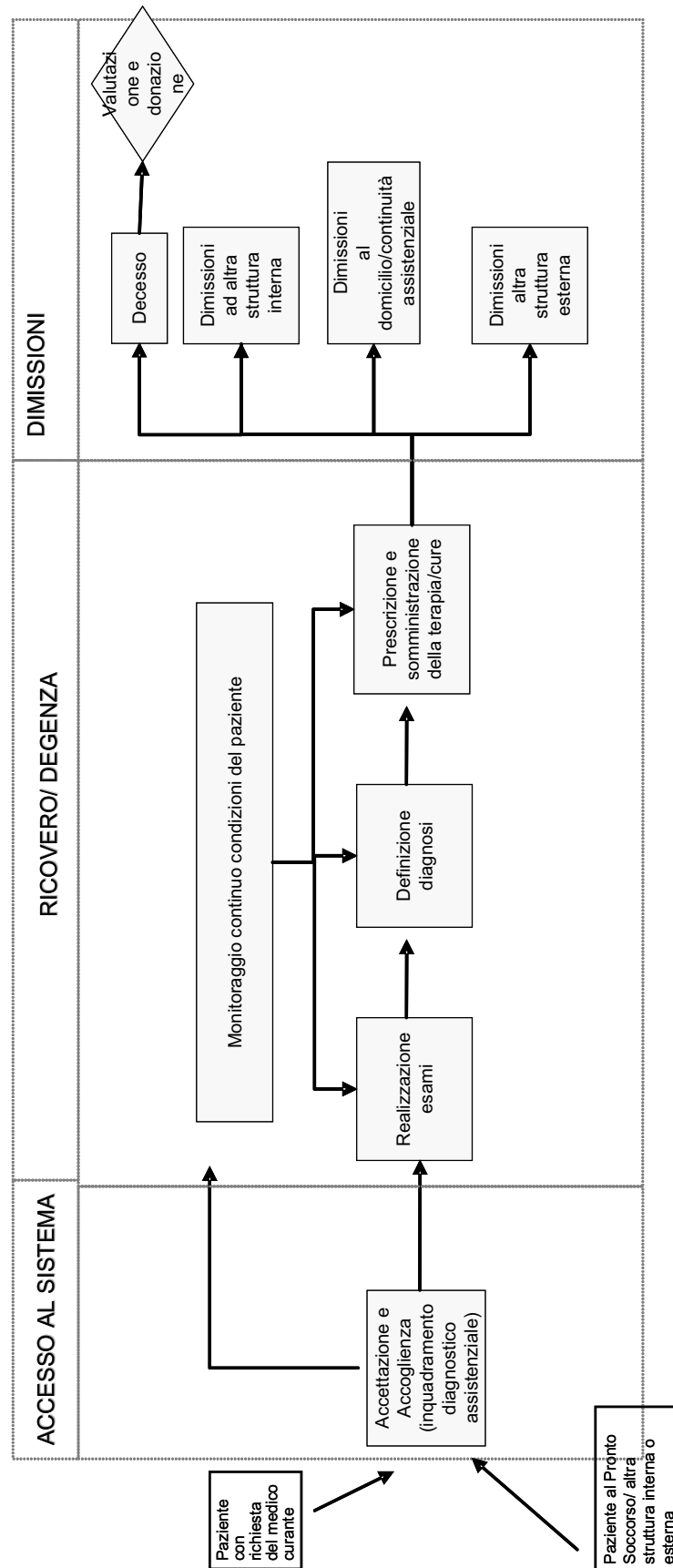


Tabella n. 3 requisiti area medica

Percorso di Area medica		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
MEA1.*	Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
MEA2.	E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
MEA3.	Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
MEM1.	I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MEM2.	Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MEM3.	Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MEM4.	E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MEM5.*	E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
MEM6.	L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
MEM7.	Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
MEM8.	Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
MEM9.	Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
MEM10.	Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
MEM11.*	La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MEM12.	Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 3 requisiti area medica

Percorso di Area medica		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA	
ME1. ACCESSO AL SISTEMA		MEM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
		MEM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
		MEM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
		MEM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE	
		MEM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro.....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE	
		ME1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
		ME1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE	
		ME1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
		ME1.1.1 La prestazione sanitaria è erogata nell'adeguato setting assistenziale	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
		ME1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
		ME1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
		ME1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
		ME1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
		ME2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
	ME2. RICOVERO/DEGENZA				

Tabella n. 3 requisiti area medica

Percorso di Area medica		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
ME2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza		Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ME2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ME2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ME2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ME2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ME2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente		Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
ME2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente		Formazione	MANAGEMENT
ME2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri		Gestione dati	MANAGEMENT
ME2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2.(M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 3 requisiti area medica

Percorso di Area medica			CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ime 2.1 Monitoraggio continuo delle condizioni				
ime 2.2 Realizzazione esami				
	ME 2.2.1 Sono concordati con i servizi di supporto sanitario (diagnostica strumentale e di laboratorio, consulenze...) i tempi di attesa per la consegna dei risultati della prestazione		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME 2.2.2 Il modulo di richiesta relativo agli esami di diagnostica per immagini deve contenere sia il quesito diagnostico che la tipologia di esame da effettuare in termini di proposta		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 3 requisiti area medica

Percorso di Area medica			CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	REQUISITO			
Linea 2.3 Definizione diagnosi				
Linea 2.4 Prescrizione e somministrazione della terapia	ME2.4.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME3. DIMISSIONE	ME3.1.L'organizzazione adotta un sistema di segnalazione per pazienti cronici con potenziale mancata presa in carico da parte del medico di riferimento		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ME3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ME3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ME3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ME3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
Linea 3.1 Dimissione ad altra struttura interna				
Linea 3.2 Dimissione al domicilio				
Linea 3.3 Dimissione ad altra struttura esterna	ME.3.4.1 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT

Tabella n. 3 requisiti area medica

Percorso di Area medica		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
me 3.4 Decesso		

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

Percorso di Area medica**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO MEA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.
INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione
NUMERATORE Numero impegni raggiunti
DENOMINATORE Numero impegni regionali
STANDARD BASE 75%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO MEA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 40 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.2) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO MEA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU _i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
DENOMINATORE $\sum W_i$ W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<p>TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B8)</p> <p>nota: indicatore aziendale complessivo</p>

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

<p>REQUISITO MEM1.</p> <p>I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>

<p>REQUISITO MEM2.</p> <p>Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 50%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)</p>

<p>REQUISITO MEM3.</p> <p>Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)
REQUISITO MEM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MEM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MEM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

REQUISITO MEM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

REQUISITO MEM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO MEM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MEM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MEM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO MEM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero accessori di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

INDICATORE 2
Consumo medio giornaliero di sapone antisetico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE
Consumo sapone antisetico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE
Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3
% di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
REQUISITO MEM13.
Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1
Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2
Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MEM14.

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MEM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.6
INDICATORE 4 Rapporto tra le cadute con danno segnalate con il sistema di incident reporting e gli audit effettuati
NUMERATORE

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

Numero cadute con danno
DENOMINATORE Numero di audit sulle cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO MEM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MEM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ME1. Accesso al sistema

REQUISITO ME1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

INDICATORE
% di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE
Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE
Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto
REQUISITO ME1. (M19)
L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE
% pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ME1. (M20)
E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)
INDICATORE 1
Tempi di attesa delle visite specialistiche ambulatoriali
NUMERATORE
Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE
Numero di visite specialistiche totali esaminate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

Tempi di attesa esami diagnostici
NUMERATORE Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di esami diagnostici totali esaminati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance

ME1.1 Accettazione e accoglienza (inquadramento diagnostico assistenziale)

REQUISITO ME1.1.1 La prestazione sanitaria è erogata nell'adeguato setting assistenziale
INDICATORE Tasso di ospedalizzazione per i DRG Medici LEA standardizzato per età e per sesso per 100.000 residenti
NUMERATORE Numero di ricoveri per DRG Medici LEA relativi ai residenti
DENOMINATORE Numero di residenti
STANDARD BASE 245
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione della performance (C4.8)

REQUISITO ME1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ME1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ME1.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ME1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
ME2. Ricovero/degenza
REQUISITO ME2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ME2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ME2. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica

REQUISITO ME2. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

Totale medici
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ME2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ME2. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO ME2. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.1
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

NUMERATORE
Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE
Numero di strutture
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.2
INDICATORE 3
% di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE
Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE
Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 4
% di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE
Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE
Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 5
% di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE
Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE
Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

REQUISITO ME2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE % di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero operatori
STANDARD BASE 90% per formazione CRM, facilitatori, gruppi di lavoro; 70% per formazione di base a tutti gli operatori
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ME2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri
REQUISITO ME2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C5.1)
REQUISITO ME2. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

% pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti)
INDICATORE 2 % pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
NUMERATORE Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile)
REQUISITO ME2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO ME2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO ME2. (M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
NUMERATORE Numero di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 3 % di morti per Arresto Cardiaco Respiratorio
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche revisionate in cui risulta la morte per Arresto Cardiaco Respiratorio
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO ME2. (M39)

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3 % di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
NUMERATORE Numero di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
DENOMINATORE Numero di strumenti informativi adottati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 % di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
NUMERATORE Numero di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
DENOMINATORE

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

Totale personale
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE 5 Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ME2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ME2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ME2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero di cartelle revisionate
STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO ME2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO ME2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione della TAO coerente con quanto previsto dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
DENOMINATORE Numero di pazienti in TAO intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA DI FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ME2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

REQUISITO ME2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

ME2.2 Realizzazione esami

REQUISITO ME 2.2.1 Sono concordati con i servizi di supporto sanitario (diagnostica strumentale e di laboratorio, consulenze...) i tempi di attesa per la consegna dei risultati della prestazione
INDICATORE % prestazioni realizzate nei tempi concordati
NUMERATORE Numero prestazioni realizzate nei tempi concordati
DENOMINATORE Totale prestazioni effettuate
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO ME 2.2.2 Il modulo di richiesta relativo agli esami di diagnostica per immagini deve contenere sia il quesito diagnostico che la tipologia di esame da effettuare in termini di proposta
INDICATORE % di richieste compilate con la diagnosi e la proposta di esame
NUMERATORE Numero di richieste compilate con la diagnosi e la proposta di esame
DENOMINATORE Numero di richieste complessive
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

ME2.4 Prescrizione e somministrazione della terapia

REQUISITO ME2.4 (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di pazienti ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ME3. Dimissione

REQUISITO ME3.1.1 L'organizzazione adotta un sistema di segnalazione per pazienti cronici con potenziale mancata presa in carico da parte del medico di riferimento
INDICATORE Esistenza di un sistema di segnalazione per pazienti cronici fino a 70 anni
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

REQUISITO ME3. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ME3. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C8a.1)
INDICATORE 3 Tasso di dimissioni con attivazione di assistenza domiciliare integrata per 100.000 abitanti
NUMERATORE Numero pazienti con attivazione di assistenza domiciliare integrata per 100.000 abitanti
DENOMINATORE

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

Popolazione residente
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
REQUISITO ME3. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ME3. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ME3. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione/fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione / fornitura di farmaci / presidi alla dimissione
DENOMINATORE Totale dei pazienti
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance

ME3.4 Decesso

REQUISITO ME.3.4.1 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione dei tessuti e cornee
INDICATORE Consenso alla donazione
NUMERATORE Numero di segnalazioni di potenziali donatori di tessuti o cornee

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

DENOMINATORE Numero decessi eleggibili
STANDARD BASE >49%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

Tabella n. 4 diagramma di flusso area critica

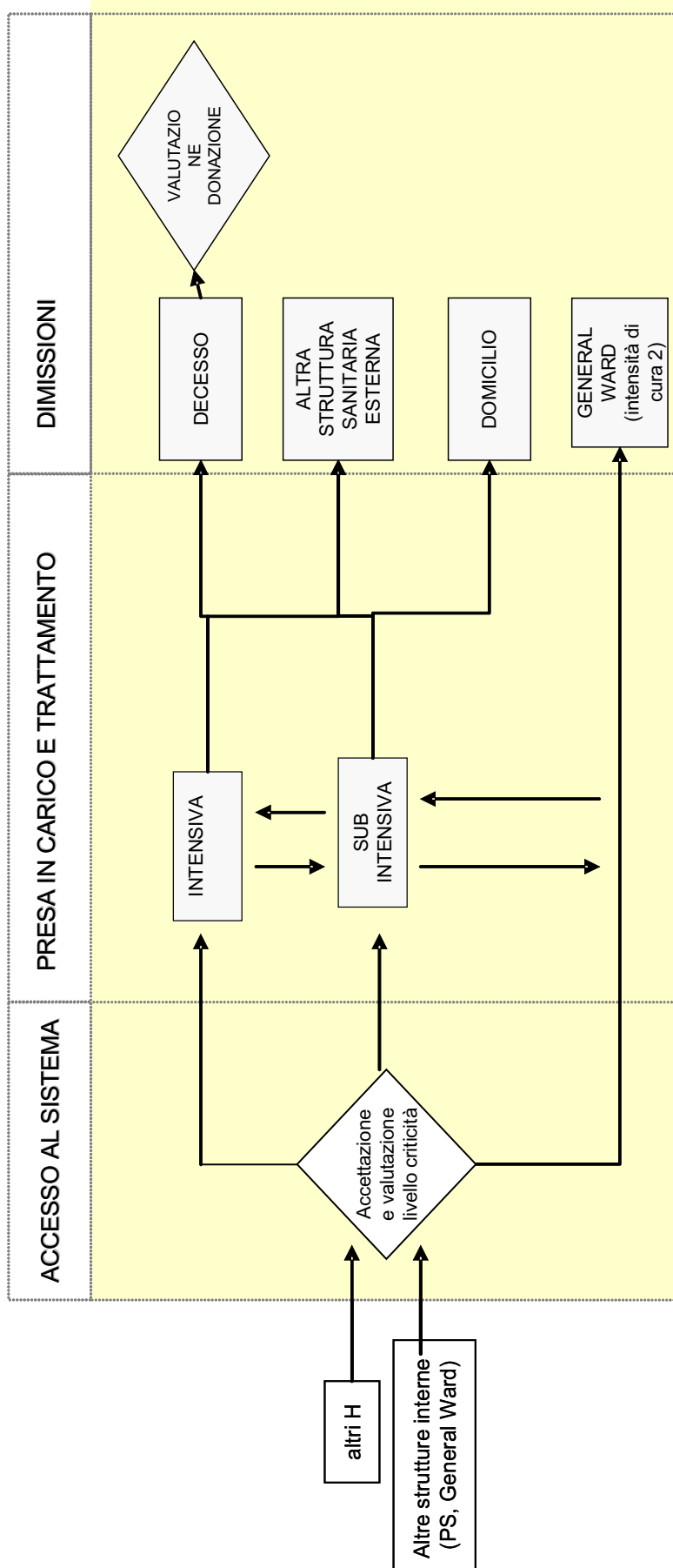


Tabella n. 4 requisiti area critica

Percorso di Area critica		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ICA1.*	Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ICA2.	E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Gestione dati	MANAGEMENT
ICA3.	Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ICM1.	I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ICM2.	Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ICM3.	Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ICM4.	E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
ICM5.*	E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
ICM6.	L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Formazione	MANAGEMENT
ICM7.	Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
ICM8.	Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Gestione dati	MANAGEMENT
ICM9.	Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
ICM10.	Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ICM11.*	La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ICM12.	Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.		

Tabella n. 4 requisiti area critica

Percorso di Area critica		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ICM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti		Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ICM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ICM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta		Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
ICM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.		Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
ICM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
IC1.1 Sono applicate le procedure per il turn over rapido del letto "sala rossa"		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC1(M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
IC1(M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione		Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
IC1(M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ic1.1 Accettazione e valutazione livello critica		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC1.1.1 L'organizzazione attiva la consulenza del rianimatore per ogni paziente con valutazione MEWS >3		Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
IC1.1.2 Esiste un sistema di attivazione condiviso ed efficace del team (minimo un rianimatore e un medico non dedicati) che gestisce il paziente critico		Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
IC1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche		Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
IC1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio			
IC1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza			

Tabella n. 4 requisiti area critica

Percorso di Area critica		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
IC2. PRESA IN CARICO E TRATTAMENTO	IC1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2.1 E' applicata una politica di opening visiting hours (orario di apertura al pubblico libero o più ampio possibile)	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2.2 L'organizzazione attua una gestione appropriata delle dimissioni	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	IC2.3 Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	IC2(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	IC2(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	IC2(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	IC2(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	IC2(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
	IC2(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 4 requisiti area critica

Percorso di Area critica		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
IC2(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 4 requisiti area critica

Percorso di Area critica		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
	IC2.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli implantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ic 2.1 Intensiva	IC2.1 L'organizzazione applica procedure di intervento per MEWS > 2	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ic 2.2 Subintensiva	IC2.2 L'organizzazione applica procedure di intervento per MEWS > 2	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC3. DIMISSIONI	IC3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	IC3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	IC3.4.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	IC3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
ic 3.1 Altra struttura sanitaria interna / esterna			
ic 3.2 Domicilio			
ic 3.3 General ward			
ic 3.4 Decesso	IC.3.4.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Percorso di Area critica

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO ICA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO ICA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.2) nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO ICA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU_i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum W_i$ W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B8) nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO ICM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ICM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO ICM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
NUMERATORE Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)
REQUISITO ICM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ICM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ICM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

REQUISITO ICM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

REQUISITO ICM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

% di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ICM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ICM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

REQUISITO ICM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO ICM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero accessori di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
REQUISITO ICM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ICM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ICM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.6
INDICATORE 4 Rapporto tra le cadute con danno segnalate con il sistema di incident reporting e gli audit effettuati
NUMERATORE Numero cadute con danno
DENOMINATORE Numero di audit sulle cadute con danno
STANDARD BASE 90%

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO ICM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ICM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

C1. ACCESSO AL SISTEMA

REQUISITO IC1.1 Sono applicate le procedure per il turn over rapido del letto "sala rossa"
INDICATORE % pazienti stazionati in "sala rossa" per max 90 minuti
NUMERATORE Numero di pazienti stazionati in "sala rossa" per max 90 minuti
DENOMINATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Numero di pazienti stazionati in "sala rossa"
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO IC1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO IC1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO IC1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)
INDICATORE 1 Tempi di attesa delle visite specialistiche ambulatoriali
NUMERATORE Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

DENOMINATORE Numero di visite specialistiche totali esaminate
SOGLIA MINIMA 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 Tempi di attesa esami diagnostici
NUMERATORE Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di esami diagnostici totali esaminati
SOGLIA MINIMA 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance

C1.1 Accettazione e valutazione livello criticità

REQUISITO IC1.1.1 L'organizzazione attiva la consulenza del rianimatore per ogni paziente con valutazione MEWS >3
INDICATORE % pazienti MEWS > 3 accertati per cui viene attivato il rianimatore
NUMERATORE Numero pazienti MEWS > 3 accertati per cui è stato attivato il rianimatore
DENOMINATORE Numero pazienti MEWS > 3 accertati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO IC1.1.2 Esiste un sistema di attivazione condiviso ed efficace del team (minimo un rianimatore e un medico non dedicati) che gestisce il paziente critico
INDICATORE Esistenza di una procedura condivisa e diffusa che indichi modalità e tempi di attivazione del team
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

INDICATORE 2 % deceduti per arresto cardiaco
NUMERATORE Numero di deceduti per arresto cardiaco
DENOMINATORE Numero di deceduti totali
STANDARD BASE miglioramento rispetto a sé stessi e riferimenti letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno registri di mortalità

REQUISITO IC1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO IC1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO IC1.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO IC1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

IC2. PRESA IN CARICO E TRATTAMENTO

REQUISITO IC2.1 E' applicata una politica di opening visiting hours (orario di apertura al pubblico libero o più ampio possibile)
INDICATORE 1 % ore di apertura per le visite sulle 24 h
NUMERATORE Numero ore di apertura per le visite
DENOMINATORE 24 h
STANDARD BASE 12 h
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Soddisfazione dei pazienti e dei familiari
NUMERATORE Numero degli intervistati che dichiarano di essere soddisfatti
DENOMINATORE Totale intervistati
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine pronto soccorso)

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

REQUISITO IC2.2 L'organizzazione attua una gestione appropriata delle dimissioni
INDICATORE % riammissioni dei pazienti dimessi dalla terapia intensiva entro 48 ore
NUMERATORE Numero riammissioni dei pazienti dimessi dalla terapia intensiva entro 48 ore
DENOMINATORE Numero pazienti dimessi dalla terapia intensiva
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO IC2.3 Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto
INDICATORE 1 % di lesioni cerebrali acute in PS per cui si effettua un consulto spoke-hub attraverso RISPACS
NUMERATORE Numero di consulti spoke-hub attraverso RISPACS
DENOMINATORE Numero lesioni cerebrali acute in PS
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistemi informativi aziendali RISPACS e software DEA
INDICATORE 2 % pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 o cartella PS)
NUMERATORE Numero pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 o cartella PS)
DENOMINATORE Numero pazienti trasferiti da spoke a hub
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Presenza di una procedura per la gestione del paziente con danno cerebrale acuto coerente con le indicazioni regionali
STANDARD BASE si

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 Tempo medio intercorso tra il primo accesso ad area critica e il trattamento chirurgico
NUMERATORE Somma dei tempi intercorsi tra il primo accesso ad area critica e il trattamento chirurgico
DENOMINATORE Numero pazienti in area critica a cui è stato effettuato un trattamento chirurgico
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO IC2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO IC2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO IC2. (M27)

E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza

INDICATORE

Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile

STANDARD BASE si

TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica

REQUISITO IC2. (M28)

Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari

INDICATORE 1

% di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente

NUMERATORE

Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente

DENOMINATORE

Totale medici

STANDARD BASE 40%

TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale

INDICATORE 2

% di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili

NUMERATORE

Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili

DENOMINATORE

Totale dei pazienti intervistati

STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO IC2. (M29).

La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento

INDICATORE

% pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO IC2. (M30)
L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1
% di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2
% pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:
INDICATORE 1
% di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO IC2. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.1
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.2
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO IC2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE % di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero operatori
STANDARD BASE 90% per formazione CRM, facilitatori, gruppi di lavoro; 70% per formazione di base a tutti gli operatori
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO IC2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri

REQUISITO IC2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C5.1)

REQUISITO IC2. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti)
INDICATORE 2 % pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
NUMERATORE Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile)
REQUISITO IC2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO IC2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO IC2. (M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
NUMERATORE Numero di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 3 % di morti per Arresto Cardiaco Respiratorio
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche revisionate in cui risulta la morte per Arresto Cardiaco Respiratorio
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO IC2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

regionale
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3 % di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
NUMERATORE Numero di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
DENOMINATORE Numero di strumenti informativi adottati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 % di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
NUMERATORE Numero di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO IC2. (M40)*

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO IC2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO IC2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

NUMERATORE
Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE
Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO IC2. (M43)
L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1
Per ogni CVC posizionato:
a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica);
b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni.
c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2
Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE
Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE
Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO IC2. (M44)
Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE
L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione della TAO coerente con quanto previsto dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

REQUISITO IC2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO IC2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO IC2. (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di pazienti ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

C.2.1 Intensiva

REQUISITO IC2.1.1 L'organizzazione applica procedure di intervento per MEWS > 2
INDICATORE % pazienti con MEWS > 2 trattati con programma assistenziale ad hoc
NUMERATORE Numero pazienti con MEWS > 2 trattati con programma assistenziale ad hoc
DENOMINATORE Numero pazienti con MEWS > 2
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

C.2.2 Subintensiva

REQUISITO IC2.2 L'organizzazione applica procedure di intervento per MEWS > 2
INDICATORE % pazienti con MEWS > 2 trattati con programma assistenziale ad hoc
NUMERATORE Numero pazienti con MEWS > 2 trattati con programma assistenziale ad hoc
DENOMINATORE Numero pazienti con MEWS > 2
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

C3. Dimissioni

REQUISITO C3. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO C3. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C8a.1)
REQUISITO C3. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

sulle medicine da prendere a casa
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO C3. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO C3. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione/fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione / fornitura di farmaci / presidi alla dimissione
DENOMINATORE Totale dei pazienti
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance

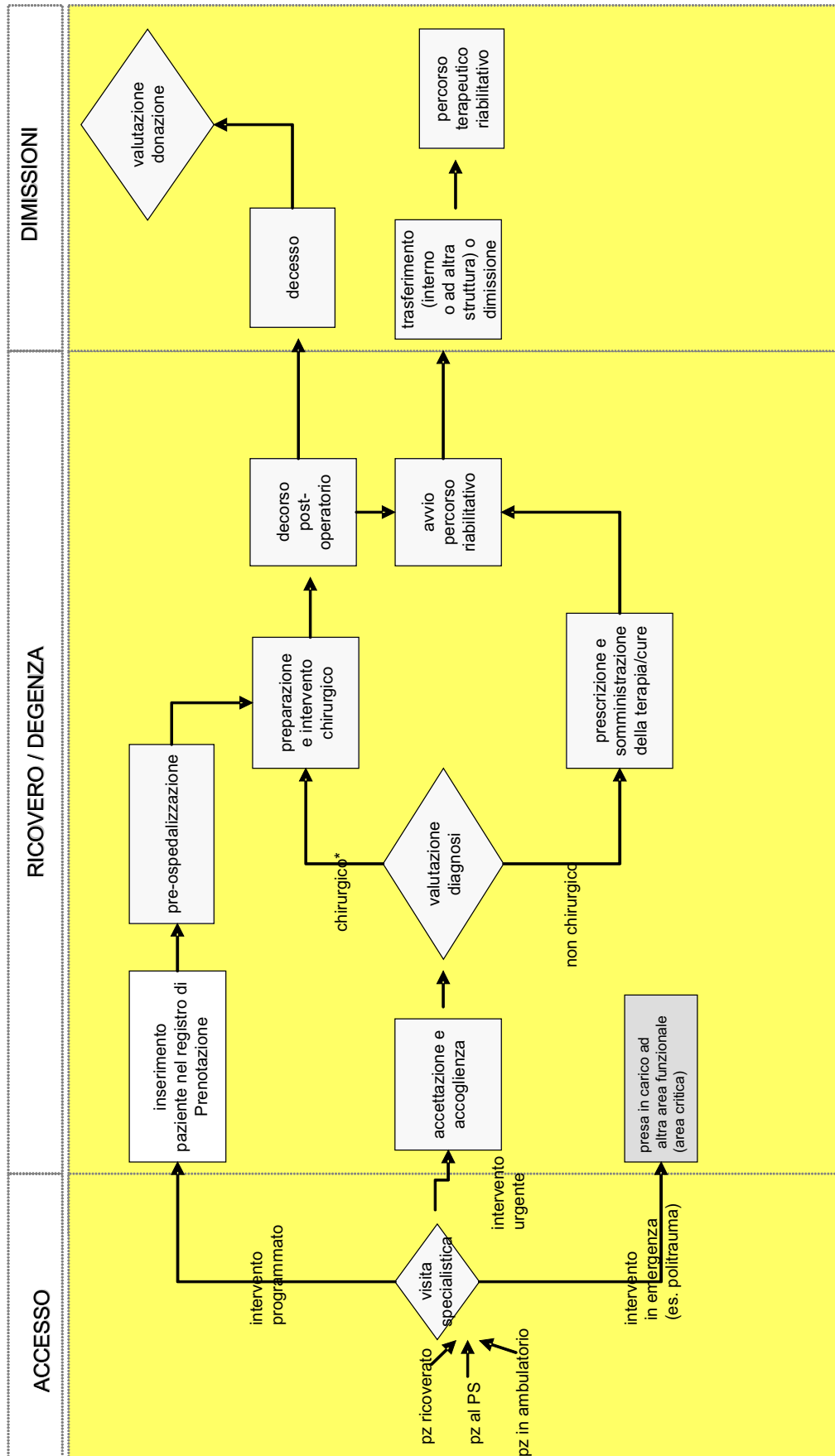
C3.4 Decesso

REQUISITO IC 3.4 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi
INDICATORE 1 % morti encefaliche eleggibili individuate
NUMERATORE Numero morti encefaliche eleggibili
DENOMINATORE Numero decessi con lesioni cerebrali nelle UTI
STANDARD BASE >50%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT - sistema di valutazione delle performance (B6.1.1)
INDICATORE 2 % donatori effettivi di organi
NUMERATORE Numero donatori effettivi
DENOMINATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Numero morti encefaliche eleggibili
STANDARD BASE >49%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT - sistema di valutazione delle performance (B6.1.2)

Tabella n. 5 diagramma di flusso area ortopedico traumatologica



*Vedi requisiti percorso chirurgico

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
ORTOA1.*	Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ORTOA2.	E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ORTOA3.	Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
ORTOM1.	I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ORTOM2.	Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ORTOM3.	Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ORTOM4.	E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ORTOM5.*	E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
ORTOM6.	L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
ORTOM7.	Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
ORTOM8.	Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
ORTOM9.	Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
ORTOM10.	Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
ORTOM11.*	La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	REQUISITO		
	ORTOM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTOM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTOM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTOM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTOM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTOM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina, chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
ORTO1. ACCESSO AL SISTEMA	ORTO1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
orto1.1 Visita specialistica			
ORTO 2. RICOVERO/ DEGENZA	ORTO2(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
ORTO2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ORTO2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ORTO2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ORTO2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ORTO2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente		Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
ORTO2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente		Formazione	MANAGEMENT
ORTO2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e ai contenziosi; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri		Gestione dati	MANAGEMENT
ORTO2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ORTO2.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ORTO2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ORTO2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ORTO2.(M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ORTO2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ORTO2.(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	REQUISITO		
	ORTO2.(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
orto 2.1 Accettazione e accoglienza	ORTO2.(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
orto 2.2 Valutazione diagnostica chirurgica (vedi percorso chirurgico) e non	ORTO2.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.2.1 Il paziente traumatizzato è gestito in maniera efficace e adeguato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.2.2 Sono applicati i protocolli di valutazione multidimensionale preoperatoria	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica			CATEGORIA	MACRO CATEGORIA
	REQUISITO		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
orto 2.3 Avvio percorso riabilitativo	ORTO2.2.3 L'organizzazione si dota di una buona pratica per la prevenzione della TVP secondo le indicazioni regionali		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ORTO2.3.1 La presa in carico, per gli aspetti clinico-assistenziali e riabilitativi, è appropriata ed efficace		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO2.3.2 Il percorso assistenziale-riabilitativo nella fase di post ricovero è gestito in maniera adeguata		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.3.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ORTO 3. DIMISSIONI	ORTO3.1.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO3.1.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO3.1.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO3.1.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO3.1.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
orto 3.1 Trasferimento	ORTO 3.1.1 Il percorso assistenziale-riabilitativo nella fase di post ricovero è gestito in maniera adeguata		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ORTO 3.2.1 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee			

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO ORTOA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.
INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione
NUMERATORE Numero impegni raggiunti
DENOMINATORE Numero impegni regionali
STANDARD BASE 75%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO ORTOA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 40 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.2) nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO ORTOA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum (FLUi \times Wi)$ FLUi indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso
DENOMINATORE $\sum Wi$

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B8) nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO ORTOM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTOM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO ORTOM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
NUMERATORE Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO ORTOM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTOM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTOM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTOM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

REQUISITO ORTOM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ORTOM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTOM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTOM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC

REQUISITO ORTOM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero accessori di lavaggio mani

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance

REQUISITO ORTOM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ORTOM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ORTOM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.6

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

INDICATORE 4
Rapporto tra le cadute con danno segnalate con il sistema di incident reporting e gli audit effettuati
NUMERATORE
Numero cadute con danno
DENOMINATORE
Numero di audit sulle cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ORTOM16.
I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE
Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE
Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE
Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTOM17.
La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE
Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE
Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE
Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

ORTO1. Accesso al sistema

REQUISITO ORTO1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO ORTO1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ORTO1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)
INDICATORE 1 Tempi di attesa delle visite specialistiche ambulatoriali
NUMERATORE Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di visite specialistiche totali esaminate
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 Tempi di attesa esami diagnostici
NUMERATORE Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di esami diagnostici totali esaminati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance

ORTO2. Ricovero/degenza

REQUISITO ORTO2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ORTO2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ORTO2. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica

REQUISITO ORTO2. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

REQUISITO ORTO2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ORTO2. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO ORTO2. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.1
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.2
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO ORTO2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE % di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero operatori
STANDARD BASE 90% per formazione CRM, facilitatori, gruppi di lavoro; 70% per formazione di base a tutti gli operatori
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ORTO2. (M33)

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e centro GRC per sinistri

REQUISITO ORTO2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale(solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C5.1)

REQUISITO ORTO2. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti)
INDICATORE 2 % pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
NUMERATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile)

REQUISITO ORTO2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ORTO2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO ORTO2. (M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
NUMERATORE Numero di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 3 % di morti per Arresto Cardiaco Respiratorio
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche revisionate in cui risulta la morte per Arresto Cardiaco Respiratorio
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO ORTO2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

% di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3 % di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
NUMERATORE Numero di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
DENOMINATORE Numero di strumenti informativi adottati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 % di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
NUMERATORE Numero di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ORTO2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO ORTO2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ORTO2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO ORTO2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO ORTO2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione della TAO coerente con quanto previsto dalla buona pratica regionale

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
NUMERATORE 2 Numero di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
DENOMINATORE Numero di pazienti in TAO intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA DI FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ORTO2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO ORTO2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

ORTO2.1 Accettazione e accoglienza

REQUISITO ORTO2.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTO2.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTO2.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

performance (report indagine ricoveri)
--

REQUISITO ORTO2.1 (M24)

E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione

INDICATORE

Presenza di procedura per la messa in atto del percorso

STANDARD BASE si

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ORTO2.2 Valutazione diagnosi chirurgica (vedi percorso chirurgico) e non**REQUISITO ORTO 2.2.1**

Il paziente traumatizzato è gestito in maniera efficace e adeguato

INDICATORE 1

% di pazienti con frattura di femore operati entro 2 giorni dall'ammissione

NUMERATORE

Numero di pazienti con frattura di femore operati entro 2 giorni dall'ammissione

DENOMINATORE

Numero interventi per frattura di femore

STANDARD BASE 50%

TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C5.2)

INDICATORE 2

% di pazienti traumatizzati (indicare patologie specifiche) a cui è fatta la valutazione multidisciplinare preoperatoria sui pazienti da operare

NUMERATORE

Numero di pazienti traumatizzati a cui è fatta la valutazione multidisciplinare preoperatoria

DENOMINATORE

Numero di pazienti da operare

STANDARD BASE 90%

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ORTO 2.2.2

Sono applicati i protocolli di valutazione multidimensionale preoperatoria

INDICATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

% cartelle cliniche con valutazione multidimensionale preoperatoria (indicare patologie specifiche)	
NUMERATORE	
Numero cartelle cliniche con valutazione multidimensionale preoperatoria	
DENOMINATORE	
Numero cartelle cliniche	
STANDARD BASE	80%
TIPOLOGIA FONTE	revisione cartelle

REQUISITO ORTO 2.2.3	
L'organizzazione si dota di una buona pratica per le prevenzione della TVP secondo le indicazioni regionali	
INDICATORE 1	
Applicazione elementi di valutazione della scheda della buona pratica	
STANDARD BASE	90%
TIPOLOGIA FONTE	revisione cartelle cliniche, sistema di valutazione MeS
INDICATORE 2	
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1.000 dimessi con DRG chirurgico	
NUMERATORE	
Numero di dimessi con trombosi venosa profonda o embolia polmonare in diagnosi secondaria	
DENOMINATORE	
Numero dimessi con DRG chirurgico	
STANDARD BASE	<2
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C6.4.3)	

ORTO2.3 Avvio percorso riabilitativo

REQUISITO ORTO 2.3.1	
La presa in carico, per gli aspetti clinico-assistenziali e riabilitativi, è appropriata ed efficace	
INDICATORE 1	
% di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione per i quali è stato avviato	
NUMERATORE	
Numero di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione per i quali è stato avviato un percorso riabilitativo	
DENOMINATORE	
Numero di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione	

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione con una presa in carico del fisioterapista entro i tempi aziendali predefiniti
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione con una presa in carico del fisioterapista entro i tempi aziendali predefiniti
DENOMINATORE Numero di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ORTO 2.3.2 Il percorso assistenziale-riabilitativo nella fase di post ricovero è gestito in maniera adeguata
INDICATORE % di pazienti a cui viene indicata la figura di riferimento per la gestione del percorso assistenziale-riabilitativo
NUMERATORE Numero di pazienti a cui viene indicata la figura di riferimento per la gestione del percorso assistenziale-riabilitativo
DENOMINATORE Numero di pazienti dimessi
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ORTO2.3 (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

NUMERATORE
Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE
Numero di pazienti ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3
Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ORTO3. Dimissioni

REQUISITO ORTO3.1 (M48)
Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE
% pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ORTO3.1 (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1
Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2
% ricoveri maggiori di 30 giorni

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

NUMERATORE
Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE
Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C8a.1)

REQUISITO ORTO3.1 (M50)
Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1
% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2
% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ORTO3.1 (M51)*
Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

% lettere di dimissioni compilate correttamente
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ORTO3.1 (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione/fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione / fornitura di farmaci / presidi alla dimissione
DENOMINATORE Totale dei pazienti
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance

ORTO3.1 Trasferimento

REQUISITO ORTO 3.1.1 Il percorso assistenziale-riabilitativo nella fase di post ricovero è gestito in maniera adeguata
INDICATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

% di pazienti a cui viene indicata la figura di riferimento per la gestione del percorso assistenziale-riabilitativo
NUMERATORE Numero di pazienti a cui viene indicata la figura di riferimento per la gestione del percorso assistenziale-riabilitativo
DENOMINATORE Totale dei pazienti dimessi
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

ORTO3.2 Decesso

REQUISITO ORTO 3.2.1 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee
INDICATORE Consenso alla donazione
NUMERATORE Numero di segnalazioni di potenziali donatori di tessuti o cornee
DENOMINATORE Numero decessi eleggibili
STANDARD BASE >49%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

Tabella n. 6 area materno infantile - diagramma di flusso: nascita

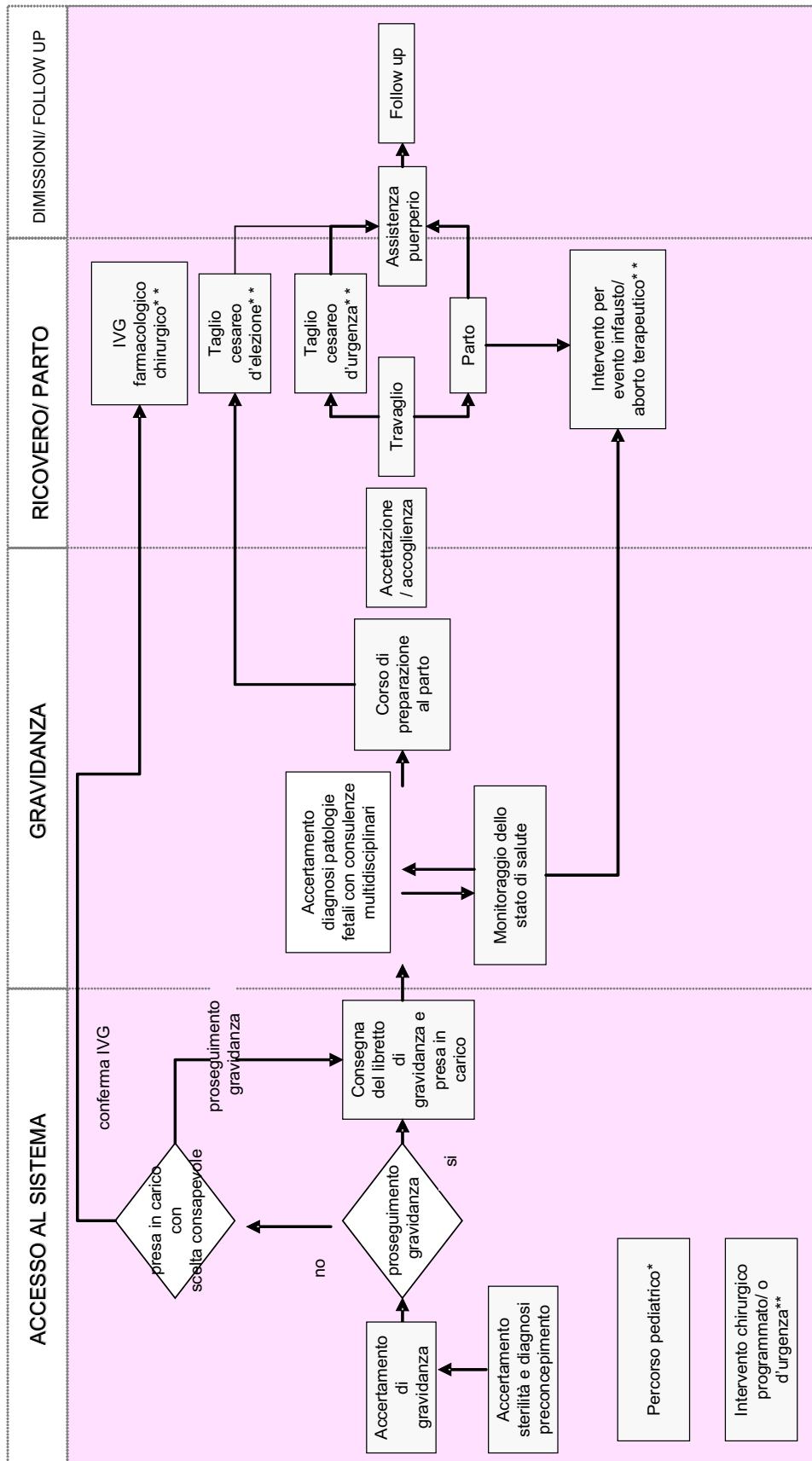


Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: nascita

PERCORSO DI AREA MATERNO INFANTILE - NASCITA		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
MANA1*	Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
MANA2.	E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Gestione dati	MANAGEMENT
MANA3.	Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MANM1.	I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MANM2.	Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MANM3.	Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MANM4.	E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
MANM5.*	E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
MANM6.	L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Formazione	MANAGEMENT
MANM7.	Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
MANM8.	Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Gestione dati	MANAGEMENT
MANM9.	Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
MANM10.	Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MANM11*.	La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MANM12.	Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.		

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: nascita

Percorso di Area materno infantile - nascita		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
		MANM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MANM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		MANM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MANM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		MANM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
MAN1. ACCESSO AL SISTEMA				
man1.1 Accertamento sterilità e diagnosi preconcepimento				
man1.2 Accertamento di gravidanza		MAN1.2.1 Il consultorio ha un programma di mediazione linguistico culturale diffusa	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
man1.3 Consegna del libretto di gravidanza e presa in carico		MAN1.3.1 La consegna del libretto di gravidanza è gestita in maniera appropriata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MAN2. GRAVIDANZA				
man2.1 Monitoraggio dello stato di salute/ accertamento diagnosi patologie fetali		MAN2.1.1 La richiesta di esami di diagnostica genetica prenatale deve avere allegata la cartella e la consulenza genetica con il quesito diagnostico	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
man2.2 Corso di preparazione al parto		MAN2.2.1 Ad ogni donna è favorito l'accesso al corso di preparazione al parto	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: nascita

Percorso di Area materno infantile - nascita		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	REQUISITO	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAN2.2.2 E' garantita un'offerta differenziata (tempi) nella realizzazione del corso di preparazione al parto	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAN2.2.3 L'organizzazione offre modalità differenziate di gestione del dolore	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
MAN3. RICOVERO/PARTO	MAN3.(M25) *Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAN3.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAN3.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MAN3.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	MAN3.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Gestione dati	MANAGEMENT
	MAN3.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAN3.(M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAN3.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAN3.(M36) *Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAN3.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: nascita

Percorso di Area materno infantile - nascita		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
man3.1 Accettazione e accoglienza		MAN3. (M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MAN3. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MAN3. (M40) *Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MAN3. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MAN3. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MAN3. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MAN3. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MAN3. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MAN3. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MAN3. (M47) *Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli implantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MAN3.1 (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività Continuità ospedale e territorio	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MAN3.1 (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione		CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		MAN3.1 (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: nascita

Percorso di Area materno infantile - nascita		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
		MAN3.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		MAN3.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		MAN3.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		MAN3.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
man 3.2 Travaglio		MAN 3.2.1 E' attivo un sistema di accettazione/accoglienza efficace	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MAN 3.2.2 L'organizzazione offre modalità differenziate di gestione del dolore nel parto	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
man 3.3 Parto		MAN 3.3.1 La gestione del parto è appropriata	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
man 3.4 Taglio cesareo d'urgenza		MAN 3.4.1 La gestione del parto è appropriata	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
man 3.5 Taglio cesareo d'elezione		MAN 3.5.1 La gestione del parto è appropriata	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
man 3.6 IVG farmacologico o chirurgico		MAN 3.6.1 Esiste una modalità strutturata per il supporto della donna e i suoi familiari nella gestione del lutto post evento infausto	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
man 3.7 Intervento per evento infausto / aborto terapeutico		MAN 3.7.1 Esiste una modalità strutturata per il supporto della donna e i suoi familiari nella gestione del lutto post evento infausto	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
MAN4. DIMISSIONE		MAN4. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		MAN4. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		MAN4. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		MAN4. (M51) *Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: nascita

Percorso di Area materno infantile - nascita		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
MAN4. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
MAN4.1.1 Ad ogni donna è garantito un supporto specialistico per la buona gestione della fase post-partum	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
MAN4.2.1 L'organizzazione offre modalità differenziate di assistenza al neonato	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT

Tabella n. 6 area materno infantile - diagramma di flusso : pediatrico

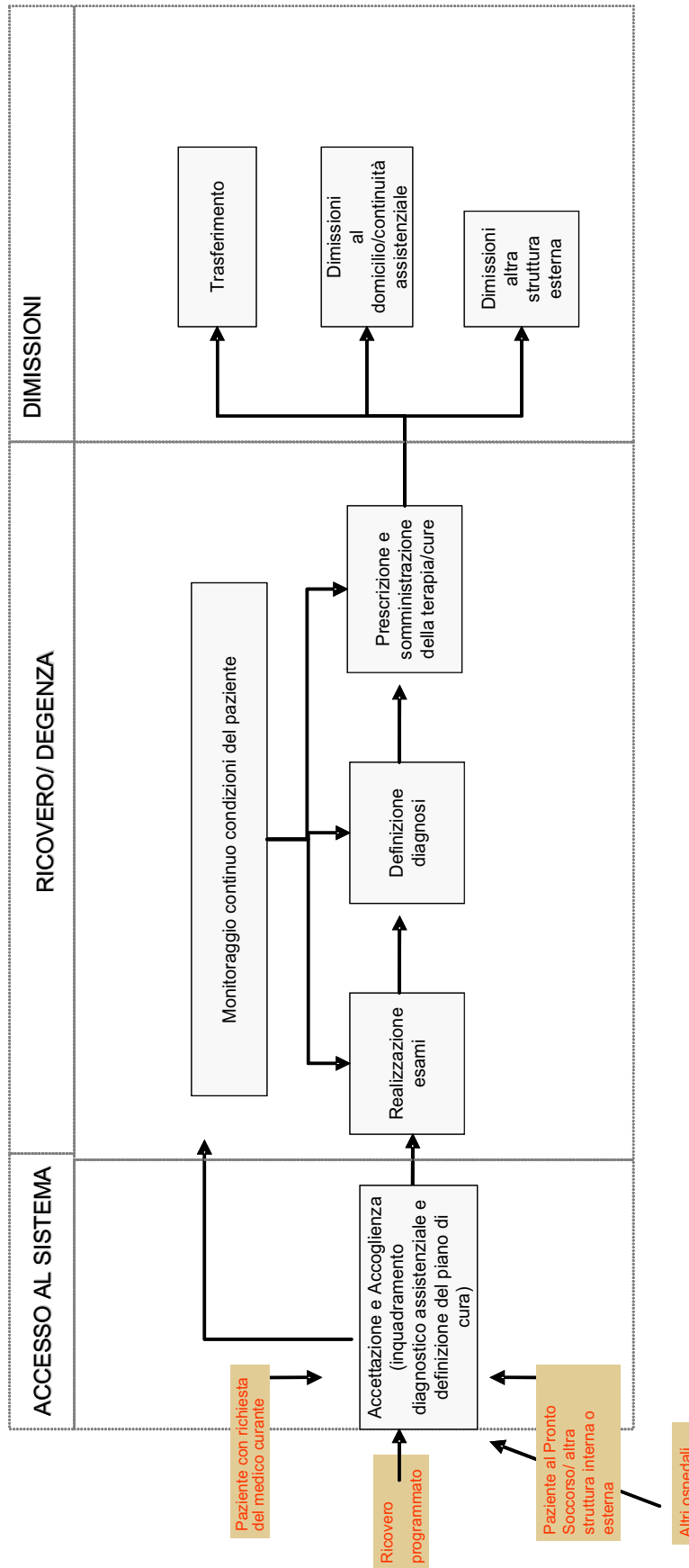


Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: pediatrico

Percorso di Area materno infantile - pediatrico		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
MAPA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
MAPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
MAPA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi		Gestione dati	MANAGEMENT
MAPM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MAPM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MAPM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MAPM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MAPM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana		Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
MAPM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti.		Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
MAPM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace		Formazione	MANAGEMENT
MAPM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione		Formazione	MANAGEMENT
MAPM9. Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori		Gestione dati	MANAGEMENT
MAPM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici		Gestione dati	MANAGEMENT
MAPM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAPM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: pediatrico

Percorso di Area materno infantile - pediatrico		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
		MAPM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		MAPM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MAPM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		MAPM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
MAP1. ACCESSO AL SISTEMA				
map1.1 Accettazione e accoglienza		MAP1.1.1 Sono previste delle attività ricreative ed educative giornaliere e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		MAP1.1 (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		MAP1.1 (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il genitore/ tutore l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		MAP1.1 (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		MAP1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		MAP1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		MAP1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il genitore/ tutore finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
MAP2. RICOVERO/DEGENZA				
		MAP2.1 L'accesso h 24 alla struttura, da parte dei visitatori, è regolamentato	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		MAP2.2 Sono coinvolti genitori/ tutori nel sostegno psicologico del paziente nell'esecuzione di procedure invasive	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		MAP2.3 Esiste una procedura di gestione del consenso informato coerente con la specificità pediatrica	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		MAP2.(M25)* Il genitore/ tutore riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: pediatrico

Percorso di Area materno infantile - pediatrico		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
MAP2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il genitore/tutore sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza		Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
MAP2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il genitore/tutore (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
MAP2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il genitore/ tutore e i familiari		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
MAP2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MAP2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MAP2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente		Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
MAP2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente		Formazione	MANAGEMENT
MAP2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri		Gestione dati	MANAGEMENT
MAP2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2.(M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: pediatrico

Percorso di Area materno infantile - pediatrico		CATEGORIA	MACRO-CATEGORIA
	REQUISITO	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAP2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAP2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAP2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAP2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAP2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAP2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAP2.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli implantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
map 2.1 Monitoraggio continuo delle condizioni	MAP 2.1 La richiesta di esami di diagnostica genetica deve avere allegata la cartella e la consulenza genetica con il quesito diagnostico	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
map 2.2 Realizzazione esami	MAP2.2.1 E' garantito che negli orari dei pasti non vengano effettuati esami diagnostici e strumentali	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.2.2 Sono concordati con i servizi di supporto sanitario (diagnostica strumentale e di laboratorio, consulenze...) i tempi di attesa per la consegna dei risultati della prestazione	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAP2.2.3 Il modulo di richiesta relativo agli esami di diagnostica per immagini deve contenere sia il quesito diagnostico che la tipologia di esame da effettuare in termini di proposta	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: pediatrico

Percorso di Area materno infantile - pediatrico			CATEGORIA	MACROCATEGORIA	
	REQUISITO				
map 2.3	Definizione diagnosi				
map 2.4	Prescrizione e somministrazione della terapia				
MAP4. DIMISSIONE	MAP 4.1	L'organizzazione adotta un sistema di segnalazione al territorio per pazienti critici con potenziale mancata presa in carico da parte del pediatra di libera scelta	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE	
	MAP4.	(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
	MAP4.	(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.)	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE	
	MAP4.	(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE	
	MAP4	(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti: le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUJA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE	
map 4.1	Assistenza puerperio	MAP4.	(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
map 4.2	Follow up				

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Percorso di Area materno infantile: nascita**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO MANA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.
INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione
NUMERATORE Numero impegni raggiunti
DENOMINATORE Numero impegni regionali
STANDARD BASE 75%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO MANA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 40 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.2) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO MANA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU _i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
DENOMINATORE $\sum W_i$ W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B8) nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO MANM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MANM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO MANM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
NUMERATORE Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)
REQUISITO MANM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MANM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MANM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MANM7.
Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE
% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
NUMERATORE
Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE
Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

REQUISITO MANM8.
Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1
% schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE
Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE
Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2
% schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE
Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE
Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO MANM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MANM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MANM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO MANM12.. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero di accessori di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
REQUISITO MANM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MANM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MANM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.6
INDICATORE 4 Rapporto tra le cadute con danno segnalate con il sistema di incident reporting e gli audit effettuati
NUMERATORE Numero cadute con danno
DENOMINATORE Numero di audit sulle cadute con danno
STANDARD BASE 90%

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO MANM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MANM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

MAN1. Accesso al sistema**MAN1.2 Accertamento di gravidanza**

REQUISITO MAN1.2.1 Il consultorio ha un programma di mediazione linguistico culturale diffusa
INDICATORE Rischio relativo di IVG di donne straniere rispetto alle donne italiane
NUMERATORE Tasso IVG di donne studio straniere

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

DENOMINATORE Tasso IVG di donne studio italiane
STANDARD BASE miglioramento rispetto a sé stessi
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B9.8)

MAN1.3 Consegna del libretto di gravidanza e presa in carico

REQUISITO MAN1.3.1 La consegna del libretto di gravidanza è gestita in maniera appropriata
INDICATORE 1 % di donne che dichiarano che hanno ricevuto il libretto di gravidanza dal personale ostetrico
NUMERATORE Numero di donne che dichiarano che hanno ricevuto il libretto di gravidanza dal personale ostetrico
DENOMINATORE Numero di donne intervistate
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine materno-infantile)
INDICATORE 2 Tempi e modalità di consegna flessibili da parte del proprio consultorio
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

MAN2. Gravidanza**MAN2.1 Monitoraggio dello stato di salute/accertamento diagnosi patologiche fetali**

REQUISITO MAN 2.1.1 La richiesta di esami di diagnostica genetica prenatale deve avere allegata la cartella e la consulenza genetica con il quesito diagnostico
INDICATORE % di richieste con la cartella e la consulenza genetica allegate
NUMERATORE Numero di richieste con la cartella e la consulenza genetica allegate
DENOMINATORE Numero totale di richieste
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
--

MAN2.2 Corso di preparazione al parto**REQUISITO MAN 2.2.1**

Ad ogni donna è favorito l'accesso al corso di preparazione al parto

INDICATORE 1

Rischio relativo di partecipazione al corso di preparazione al parto per titolo di studio

NUMERATORE

% di donne con basso titolo di studio che partecipano al corso

DENOMINATORE

% di donne con alto titolo di studio che partecipano al corso

STANDARD BASE miglioramento rispetto a sé stessi**TIPOLOGIA FONTE** per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine materno-infantile)**INDICATORE 2**

% di donne primipare che partecipano al corso di preparazione al parto

NUMERATORE

Numero di donne primipare che partecipano al corso

DENOMINATORE

Numero di parti di donne primipare

STANDARD BASE 70%**TIPOLOGIA FONTE** per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine materno-infantile)**REQUISITO MAN2.2.2**

E' garantita un'offerta differenziata (tempi) nella realizzazione del corso di preparazione al parto

INDICATORE

Corsi programmati con almeno due opzioni (una infrasettimanale e una pre-festiva)

NUMERATORE

Numero di corsi programmati con due opzioni

DENOMINATORE

Totale dei corsi programmati

STANDARD BASE 90%**TIPOLOGIA FONTE** documenti aziendali

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MAN2.2.3 L'organizzazione offre modalità differenziate di gestione del dolore
INDICATORE 1 % di parti naturali eleggibili realizzati con analgesia
NUMERATORE Numero di parti naturali eleggibili realizzati con analgesia
DENOMINATORE Numero di parti naturali eleggibili
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE cartelle cliniche
INDICATORE 2 L'incontro propedeutico al parto contiene informazioni sulla possibile scelta della analgesia
STANDARD BASE Si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3 % di visite anestesiolgiche effettuate alle donne in gravidanza con previsione di parto naturale
NUMERATORE Numero di visite anestesiolgiche effettuate alle donne in gravidanza con previsione di parto naturale
DENOMINATORE Donne in gravidanza con previsione di parto naturale
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE cartelle cliniche
INDICATORE 4 % di corsi attivati con contenuti teorici e pratici sulla gestione del dolore
NUMERATORE Numero di corsi attivati con contenuti teorici e pratici sulla gestione del dolore
DENOMINATORE Numero di corsi attivati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

MAN3. Ricovero/parto**REQUISITO MAN3. (M25)***

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAN3. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAN3. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MAN3. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAN3. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAN3. (M30)

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO MAN3. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno
NUMERATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.1
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.2
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 5

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC

REQUISITO MAN3. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE % di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero operatori
STANDARD BASE 90% per formazione CRM, facilitatori, gruppi di lavoro; 70% per formazione di base a tutti gli operatori
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAN3. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri

REQUISITO MAN3. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C5.1)
REQUISITO MAN3. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti)
INDICATORE 2 % pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
NUMERATORE Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile)
REQUISITO MAN3. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
NUMERATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO MAN3. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO MAN3. (M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
NUMERATORE Numero di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 3 % di morti per Arresto Cardiaco Respiratorio

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

NUMERATORE
Numero di cartelle cliniche revisionate in cui risulta la morte per Arresto Cardiaco Respiratorio
DENOMINATORE
Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO MAN3. (M39)
Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso
INDICATORE 1
Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE
Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE
Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2
% di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE
Numero di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE
Totale personale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3
% di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
NUMERATORE
Numero di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
DENOMINATORE
Numero di strumenti informativi adottati

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 % di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
NUMERATORE Numero di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAN3. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO MAN3. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
--

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

INDICATORE
% di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAN3. (M42)*
L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1
Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2
Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE
Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE
Numero cartelle revisionate
STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO MAN3. (M43)
L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1
Per ogni CVC posizionato:
a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica);
b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO MAN3. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione della TAO coerente con quanto previsto dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
DENOMINATORE Numero di pazienti in TAO intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA DI FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAN3. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO MAN3. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO MAN3. (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di pazienti ricoverati

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

MAN3.1 Accettazione e accoglienza

REQUISITO MAN3.1 (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO MAN3.1 (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAN3.1 (M20)

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)
INDICATORE 1 Tempi di attesa delle visite specialistiche ambulatoriali
NUMERATORE Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di visite specialistiche totali esaminate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 Tempi di attesa esami diagnostici
NUMERATORE Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di esami diagnostici totali esaminati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
REQUISITO MAN3.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MAN3.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MAN3.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAN3.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

MAN3.2 Travaglio

REQUISITO MAN 3.2.1 E' attivo un sistema di accettazione/accoglienza efficace
INDICATORE % casi triagiati (trriage ostetrico)
NUMERATORE Numero di casi triagiati (trriage ostetrico)
DENOMINATORE Numero totale di casi
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO MAN 3.2.2 L'organizzazione offre modalità differenziate di gestione del dolore nel parto
INDICATORE 1 % di parti naturali eleggibili realizzati con analgesia
NUMERATORE Numero di parti naturali eleggibili realizzati con analgesia
DENOMINATORE Totale dei parti
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 L'incontro propedeutico al parto contiene informazioni sulla possibile scelta della analgesia
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 3 % di visite anestesiolgiche effettuate
NUMERATORE Numero di visite anestesiolgiche effettuate
DENOMINATORE Totale delle donne in gravidanza con previsione di parto naturale
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 4 % corsi attivati con contenuti teorici e pratici e gestione del dolore
NUMERATORE Numero corsi attivati con contenuti teorici e pratici e gestione del dolore
DENOMINATORE Totale dei corsi attivati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

MAN3.3 Parto / MAN3.4 Taglio cesareo di urgenza / MAN3.5 Taglio cesareo d'elezione

REQUISITO MAN 3.3.1 (e anche 3.4.1 - 3.5.1) La gestione del parto è appropriata
INDICATORE 1 % di parti cesarei depurati (NTSV)
NUMERATORE Numero di parti cesarei depurati (NTSV)
DENOMINATORE Numero di parti depurati (NTSV)
STANDARD BASE 24%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C7.1)
INDICATORE 2 % di parti con induzione farmacologica
NUMERATORE Numero di parti vaginali con induzione farmacologica
DENOMINATORE Numero di parti vaginali
STANDARD BASE 20%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C7.2)
INDICATORE 3 Percentuale di episiotomie su parti vaginali NTSV
NUMERATORE Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali NTSV
DENOMINATORE Numero di parti vaginali NTSV
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C7.3)

MAN3.6 IVG farmacologico o chirurgico

REQUISITO MAN 3.6.1

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Esiste una modalità strutturata per il supporto della donna e i suoi familiari nella gestione del lutto post evento infausto
INDICATORE Presenza di procedura per il supporto della donna e i suoi familiari nella gestione del lutto post evento infausto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

MAN3.7 Intervento per evento infausto/aborto terapeutico

REQUISITO MAN 3.7.1 Esiste una modalità strutturata per il supporto della donna e i suoi familiari nella gestione del lutto post evento infausto
INDICATORE Presenza di procedura
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

MAN4. Dimissioni

REQUISITO MAN4. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAN4. (M49) * La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C8a.1)
REQUISITO MAN4. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MAN4. (M51) *
Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE
%di lettere di dimissioni compilate correttamente
NUMERATORE
Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE
Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO MAN4. (M52)
La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1
% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione/fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione / fornitura di farmaci / presidi alla dimissione
DENOMINATORE
Totale dei pazienti
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2
% di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE
Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance)

MAN 4.1 Assistenza puerperio

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MAN 4.1.1 Ad ogni donna è garantito un supporto specialistico per la buona gestione della fase post-partum
INDICATORE 1 % di donne con basso titolo di studio che ricevono la visita a domicilio dell'ostetrica dopo il parto
NUMERATORE Numero di donne con basso titolo di studio che ricevono la visita a domicilio dell'ostetrica dopo il parto
DENOMINATORE Numero di donne con basso titolo di studio che hanno partorito
STANDARD BASE 50 %
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione della performance (report indagine materno-infantile)
INDICATORE 2 Presenza di programmi per il supporto della donna nella gestione del periodo post-partum
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

MAN 4.2 Follow-up

REQUISITO MAN 4.2.1 L'organizzazione offre modalità differenziate di assistenza al neonato
INDICATORE Procedure per organizzazione della nursery e della modalità rooming-in
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Percorso di Area materno infantile: pediatrico

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO MAPA1. *</p> <p>Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.1.1)</p> <p>nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO MAPA2.</p> <p>E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.2)</p> <p>nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO MAPA3.</p> <p>Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>$\sum (FLU_i \times W_i)$</p> <p>FLU_i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>$\sum W_i$</p> <p>W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B8) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO MAPM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MAPM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)
REQUISITO MAPM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
NUMERATORE Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

performance (indagine di clima interno)

REQUISITO MAPM4.

E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni

INDICATORE

% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione

NUMERATORE

Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione

DENOMINATORE

Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione

STANDARD BASE 90%

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAPM5. *

E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana

INDICATORE

Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto

STANDARD BASE si

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAPM6.

L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali

INDICATORE 1

Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto

STANDARD BASE si

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

INDICATORE 2

Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico

STANDARD BASE si

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MAPM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

REQUISITO MAPM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO MAPM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MAPM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MAPM11. * La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO MAPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori
NUMERATORE Numeri di lavaggi mani effettuate
DENOMINATORE Numero accessori di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
REQUISITO MAPM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MAPM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MAPM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.6
INDICATORE 4 Rapporto tra le cadute con danno segnalate con il sistema di incident reporting e gli audit effettuati
NUMERATORE Numero cadute con danno
DENOMINATORE Numero di audit sulle cadute con danno
STANDARD BASE 90%

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO MAPM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MAPM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

MAP1. Accesso al Sistema**MAP1.1 Accettazione e accoglienza**

REQUISITO MAP1.1.1 Sono previste delle attività ricreative ed educative giornaliere e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE Presenza di un programma dedicato

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

STANDARD BASE Si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO MAP1.1 (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto
REQUISITO MAP1.1 (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO MAP1.1 (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)
INDICATORE 1 Tempi di attesa delle visite specialistiche ambulatoriali
NUMERATORE Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero di visite specialistiche totali esaminate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 Tempi di attesa esami diagnostici
NUMERATORE Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di esami diagnostici totali esaminate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
REQUISITO MAP1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MAP1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MAP1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
--

MAP2. Ricovero/degenza**REQUISITO MAP2.1**

L'accesso h 24 alla struttura, da parte dei visitatori, è regolamentato

INDICATORE

Presenza di una programmazione dell'accesso

STANDARD BASE si

TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO MAP2.2

Sono coinvolti genitori/ tutor nel sostegno psicologico del paziente nell'esecuzione di procedure invasive

INDICATORE

Presenza di un programma specifico per l'informazione e il coinvolgimento dei genitori/ tutor nelle procedure invasive

STANDARD BASE si

TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO MAP2.3

Esiste una procedura di gestione del consenso informato coerente con la specificità pediatrica

INDICATORE

Presenza di un modello di consenso informato specifico

STANDARD BASE si

TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO MAP2. (M25) *

Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva

INDICATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAP2. (M26) * I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAP2. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica

REQUISITO MAP2. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
--

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO MAP2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO MAP2. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO MAP2. (M31) *

Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente

INDICATORE 1

Numero medio di audit svolti per struttura in un anno

NUMERATORE

Numero di audit svolti in un anno

DENOMINATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero di strutture
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.1
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.2
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC

REQUISITO MAP2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE % di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero operatori
STANDARD BASE 90% per formazione CRM, facilitatori, gruppi di lavoro; 70% per formazione di base a tutti gli operatori
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAP2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri

REQUISITO MAP2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C5.1)
REQUISITO MAP2. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti)
INDICATORE 2 % pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
NUMERATORE Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile)
REQUISITO MAP2. (M36) * Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO MAP2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO MAP2. (M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
NUMERATORE Numero di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 3 % di morti per Arresto Cardiaco Respiratorio
NUMERATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero di cartelle cliniche revisionate in cui risulta la morte per Arresto Cardiaco Respiratorio
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO MAP2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3 % di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
NUMERATORE Numero di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
DENOMINATORE Numero di strumenti informativi adottati

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 % di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
NUMERATORE Numero di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAP2. (M40) * Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
NUMERATORE Numero di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO MAP2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAP2. (M42) * L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO MAP2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

(medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni
REQUISITO MAP2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione della TAO coerente con quanto previsto dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
DENOMINATORE Numero di pazienti in TAO intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA DI FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO MAP2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO MAP2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO MAP2. (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

DENOMINATORE Numero di pazienti ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

MAP2.1 Monitoraggio continuo delle condizioni

REQUISITO MAP 2.1 La richiesta di esami di diagnostica genetica prenatale deve avere allegata la cartella e la consulenza genetica con il quesito diagnostico
INDICATORE % di richieste con la cartella e la consulenza genetica allegate
NUMERATORE Numero di richieste con la cartella e la consulenza genetica allegate
DENOMINATORE Numero totale di richieste
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

MPA2.2 Realizzazione esami

REQUISITO MAP2.2.1 E' garantito che negli orari dei pasti non vengano effettuati esami diagnostici e strumentali
INDICATORE % di esami diagnostici e strumentali realizzati durante l'orario dei pasti
NUMERATORE Numero di esami diagnostici e strumentali realizzati durante l'orario dei pasti
DENOMINATORE Totale numero di esami diagnostici e strumentali realizzati
STANDARD BASE 15%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MAP2.2.2 Sono concordati con i servizi di supporto sanitario (diagnostica strumentale e di laboratorio, consulenze...) i tempi di attesa per la consegna dei risultati della prestazione
INDICATORE % prestazioni realizzate nei tempi concordati
NUMERATORE Numero prestazioni realizzate nei tempi concordati
DENOMINATORE Totale prestazioni effettuate
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO MAP2.2.3 Il modulo di richiesta relativo agli esami di diagnostica per immagini deve contenere sia il quesito diagnostico che la tipologia di esame da effettuare in termini di proposta
INDICATORE % di richieste compilate con la diagnosi e la proposta di esame
NUMERATORE Numero di richieste compilate con la diagnosi e la proposta di esame
DENOMINATORE Numero di richieste complessive
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

MAP4. Dimissione

REQUISITO MAP 4.1 L'organizzazione adotta un sistema di segnalazione al territorio per pazienti critici con potenziale mancata presa in carico da parte del pediatra di libera scelta
INDICATORE Esistenza di un sistema di segnalazione per pazienti critici
STANDARD BASE Si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO MAP4. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAP4. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C8a.1)

REQUISITO MAP4. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO MAP4. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO MAP4. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione/fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione / fornitura di farmaci / presidi alla dimissione

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

DENOMINATORE Totale dei pazienti
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance

Tabella n. 7 diagramma di flusso area dipendenze patologiche

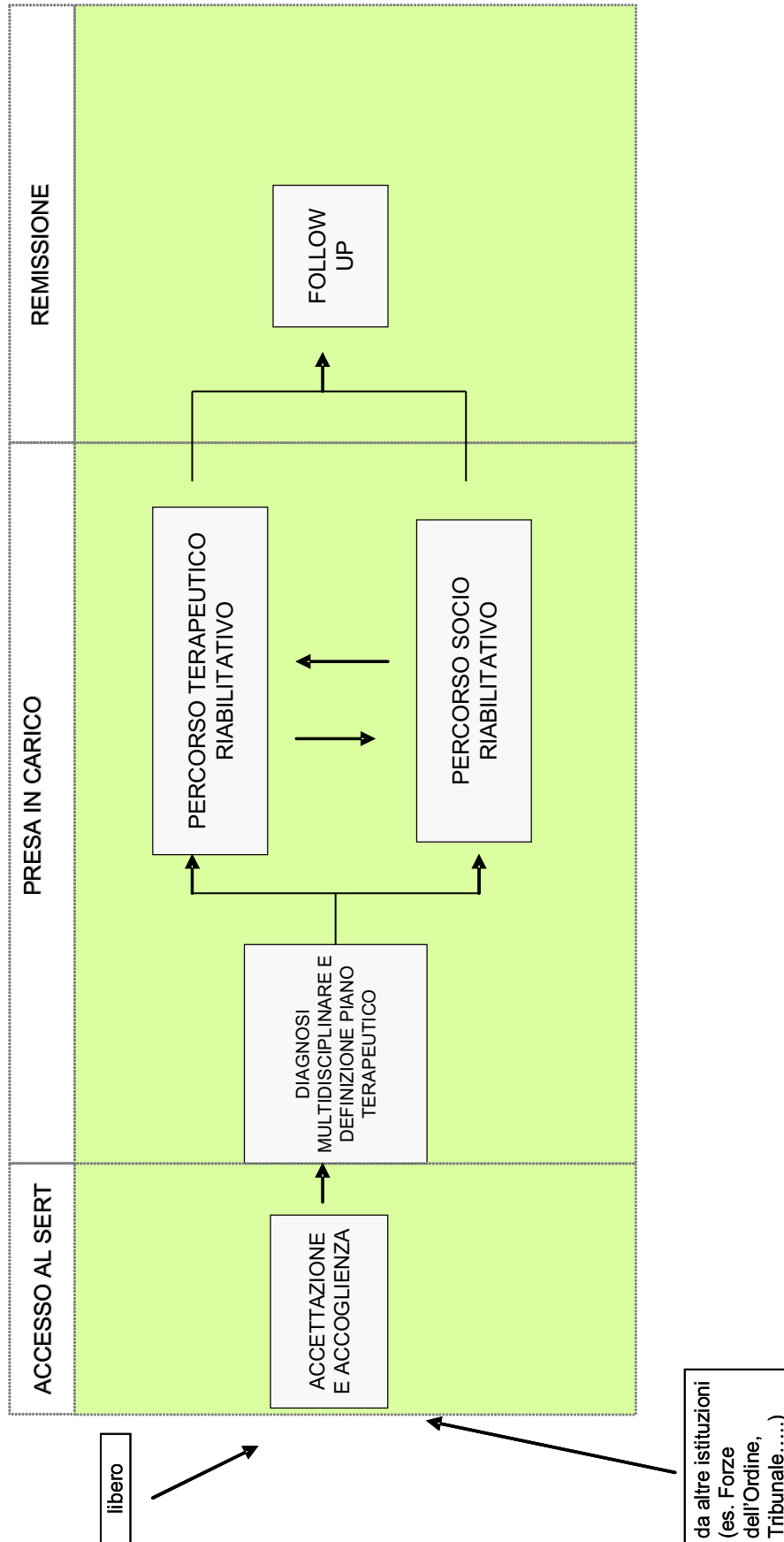


Tabella n. 7 requisiti area dipendenze patologiche

Percorso di Area Dipendenze Patologiche		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
DPA1.*	Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
DPA2.	E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
DPA3.	Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
DPrit	L'organizzazione valuta la propria capacità di ritenzione degli utenti	Indice di percorso	INDICE DI PERCORSO
DPprog	L'organizzazione valuta la propria capacità di portare a termine i programmi terapeutici dei propri utenti	Indice di percorso	INDICE DI PERCORSO
DPM1.	I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
DPM2.	Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
DPM3.	Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
DPM4.	E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
DPM5.*	E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
DPM6.	L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
DPM7.	Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficaci	Formazione	MANAGEMENT
DPM8.	Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
DPM9.	Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
DPM10.	Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
DPM11.*	La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
DPM12.	Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
DPM13.	Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 7 requisiti area dipendenze patologiche

Percorso di Area Dipendenze Patologiche		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
		DPM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		DPM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		DPM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		DPM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina, chirurgia, lungodegenza, altro...).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
DP1. ACCESSO AL SERT		DP1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		DP1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		DP1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
dp1.1 Accettazione e accoglienza		DP1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		DP1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		DP1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		DP1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
DP 2. PRESA IN CARICO		DP2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		DP2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		DP2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		DP2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		ME2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		DP2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		DP2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		DP2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT

Tabella n. 7 requisiti area dipendenze patologiche

Percorso di Area Dipendenze Patologiche		CATEGORIA	MACROCATEGORIA	
REQUISITO	DP2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Formazione	MANAGEMENT	
	DP2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Gestione dati	MANAGEMENT	
	DP2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	DP2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	DP2.(M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	DP2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	DP2.(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	DP2.(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	DP2.(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	DP2.(M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	DP2.(M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	DP2.(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	DP2.(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	DP 2.1.1 L'organizzazione effettua una diagnosi multidisciplinare.	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
	dp 2.1 Diagnosi multidisciplinare e definizione piano terapeutico			
	dp 2.2 Percorso terapeutico riabilitativo e/o socio-riabilitativo	DP2.2.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
DP 2.2.1 L'organizzazione effettua una valutazione periodica degli obiettivi del "piano terapeutico" previsti nelle varie fasi fino al completamento.		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
DP 2.2.2 L'organizzazione utilizza un sistema di monitoraggio periodico di gestione dell'assistenza farmacologica		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Tabella n. 7 requisiti area dipendenze patologiche

Percorso di Area Dipendenze Patologiche			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
DP 3. REMISSIONE	DP3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	DP3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DP3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	DP3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	DP3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
dp 3.1 Follow up	DP 3.1.1 L'organizzazione utilizza strumenti valutativi di follow up.	Cooperazione	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Percorso Area dipendenze patologiche**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO DPA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.
INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione
NUMERATORE Numero impegni raggiunti
DENOMINATORE Numero impegni regionali
STANDARD BASE 75%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO DPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 40 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.2) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO DPA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum (FLUi \times Wi)$ FLUi indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso
DENOMINATORE $\sum Wi$ Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO DPrit L'organizzazione valuta la propria capacità di ritenzione degli utenti
INDICATORE Indice di ritenzione degli utenti in carico
NUMERATORE Numero utenti in carico in 1 giorno indice
DENOMINATORE Numero utenti in carico in 1 anno - utenti con programmi completati - utenti deceduti o trasferiti
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Flusso SIRT- sistema di valutazione delle performance (C8a.11)

REQUISITO DPprog L'organizzazione valuta la propria capacità di portare a termine i programmi terapeutici dei propri utenti
INDICATORE % programmi completati degli utenti in carico
NUMERATORE Numero programmi completati
DENOMINATORE Numero utenti in carico - deceduti o trasferiti
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Flusso SIRT

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO DPM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

REQUISITO DPM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO DPM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
NUMERATORE Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO DPM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

<p>REQUISITO DPM5.*</p> <p>E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO DPM6.</p> <p>L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO DPM7.</p> <p>Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 50%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)</p>
<p>REQUISITO DPM8.</p> <p>Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione</p>

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

REQUISITO DPM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO DPM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO DPM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO DPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori
NUMERATORE Numero di lavaggi mani effettuate
DENOMINATORE Numero accessori di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

REQUISITO DPM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO DPM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO DPM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.6
INDICATORE 4 Rapporto tra le cadute con danno segnalate con il sistema di incident reporting e gli audit effettuati
NUMERATORE Numero cadute con danno
DENOMINATORE Numero di audit
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO DPM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO DPM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

INDICATORE
Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE
Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE
Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

DP1. Accesso al SERT

REQUISITO DP1. (M18)
Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE
% di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE
Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE
Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO DP1. (M19)
L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE
% pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

REQUISITO DP1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)
INDICATORE 1 Tempi di attesa delle visite specialistiche ambulatoriali
NUMERATORE Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di visite specialistiche totali esaminate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 Tempi di attesa esami diagnostici
NUMERATORE Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di esami diagnostici totali esaminati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

DP1.1 Accettazione e accoglienza

REQUISITO DP1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO DP1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO DP1.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO DP1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

DP2. Presa in carico

REQUISITO DP2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO DP2. (M26)*
I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE
% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO DP2. (M27)
E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE
Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
REQUISITO DP2. (M28)
Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1
% di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE
Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE
Totale medici
STANDARD BASE 40%

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO DP2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO DP2. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO DP2. (M31)*
Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1
Numero medio di audit svolti per struttura in un anno
NUMERATORE
Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE
Numero di strutture
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.2.1
INDICATORE 2
Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno
NUMERATORE
Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE
Numero di strutture
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.2.2
INDICATORE 3
% di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE
Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE
Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

STANDARD BASE almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO DP2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE % di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero operatori
STANDARD BASE 90% per formazione CRM, facilitatori, gruppi di lavoro; 70% per formazione di base a tutti gli operatori
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO DP2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri

REQUISITO DP2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1)

REQUISITO DP2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO DP2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO DP2. (M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
NUMERATORE Numero di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 3 % di morti per Arresto Cardiaco Respiratorio
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche revisionate in cui risulta la morte per Arresto Cardiaco Respiratorio
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO DP2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso
INDICATORE 1

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

<p>Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero cartelle cliniche revisionate</p>
<p>STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>% di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Totale personale</p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali</p>
<p>INDICATORE 3</p> <p>% di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di strumenti informativi adottati</p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali</p>
<p>INDICATORE 4</p> <p>% di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Totale personale</p>

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO DP2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO DP2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

--

REQUISITO DP2. (M42)*

L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici

INDICATORE 1

Evidenza della diffusione del report

STANDARD BASE si

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

INDICATORE 2

Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)

NUMERATORE

Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)

DENOMINATORE

Numero ricoveri

STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale

TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO DP2. (M43)

L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC

INDICATORE 1

Per ogni CVC posizionato:

- a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica);
- b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni.
- c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale

STANDARD BASE si

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

INDICATORE 2

Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC

NUMERATORE

Numero di infezioni da CVC

DENOMINATORE

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni
REQUISITO DP2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione della TAO coerente con quanto previsto dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
DENOMINATORE Numero di pazienti in TAO intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA DI FONTE per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
REQUISITO DP2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO DP2. (M46)

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

DP2.1 Diagnosi multidisciplinare e definizione piano terapeutico

REQUISITO DP 2.1.1 L'organizzazione effettua una diagnosi multidisciplinare tempestiva
INDICATORE % nuovi utenti in carico con diagnosi multidisciplinare entro 30 gg
NUMERATORE Numero nuovi utenti con diagnosi multidisciplinare entro 30 gg
DENOMINATORE Numero nuovi utenti in carico
STANDARD BASE 80 %
TIPOLOGIA FONTE Flusso SIRT

DP2.2 Percorso terapeutico riabilitativo e/o socio-riabilitativo

REQUISITO DP2.2 (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di pazienti ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO DP 2.2.1 L'organizzazione effettua una valutazione periodica degli obiettivi del "piano terapeutico" previsti nelle varie fasi fino al completamento
INDICATORE % registrazioni delle valutazioni periodiche degli obiettivi del piano terapeutico previsti nelle varie fasi fino al completamento
NUMERATORE Numero registrazioni delle valutazioni periodiche degli obiettivi del piano terapeutico previsti nelle varie fasi fino al completamento
DENOMINATORE Numero piani terapeutici
STANDARD BASE 70 %
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO DP 2.2.2 L'organizzazione utilizza un sistema di monitoraggio periodico di gestione dell' assistenza farmacologica
INDICATORE Esistenza di report periodici
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

DP3. Remissione

REQUISITO DP3. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
--

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

INDICATORE
% pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO DP3. (M49)*
La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1
Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2
% ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE
Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE
Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1)

REQUISITO DP3. (M50)
Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1
% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
DENOMINATORE

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2
% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO DP3. (M51)*
Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE
% di lettere di dimissioni compilate correttamente
NUMERATORE
Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE
Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO DP3. (M52)
La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1
% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione/fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione / fornitura di farmaci / presidi alla dimissione
DENOMINATORE
Totale dei pazienti
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

DP3.1 Follow up

REQUISITO DP 3.1.1 L'organizzazione utilizza strumenti valutativi di follow up
INDICATORE % utenti di cui si è avuto un contatto a 6 mesi e a 12 mesi
NUMERATORE Numero utenti di cui si è avuto un contatto a 6 mesi e a 12 mesi
DENOMINATORE Numero utenti in carico
STANDARD BASE contatto a 6 mesi 65 % - contatto a 12 mesi 50 %
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 8 diagramma di flusso area salute mentale

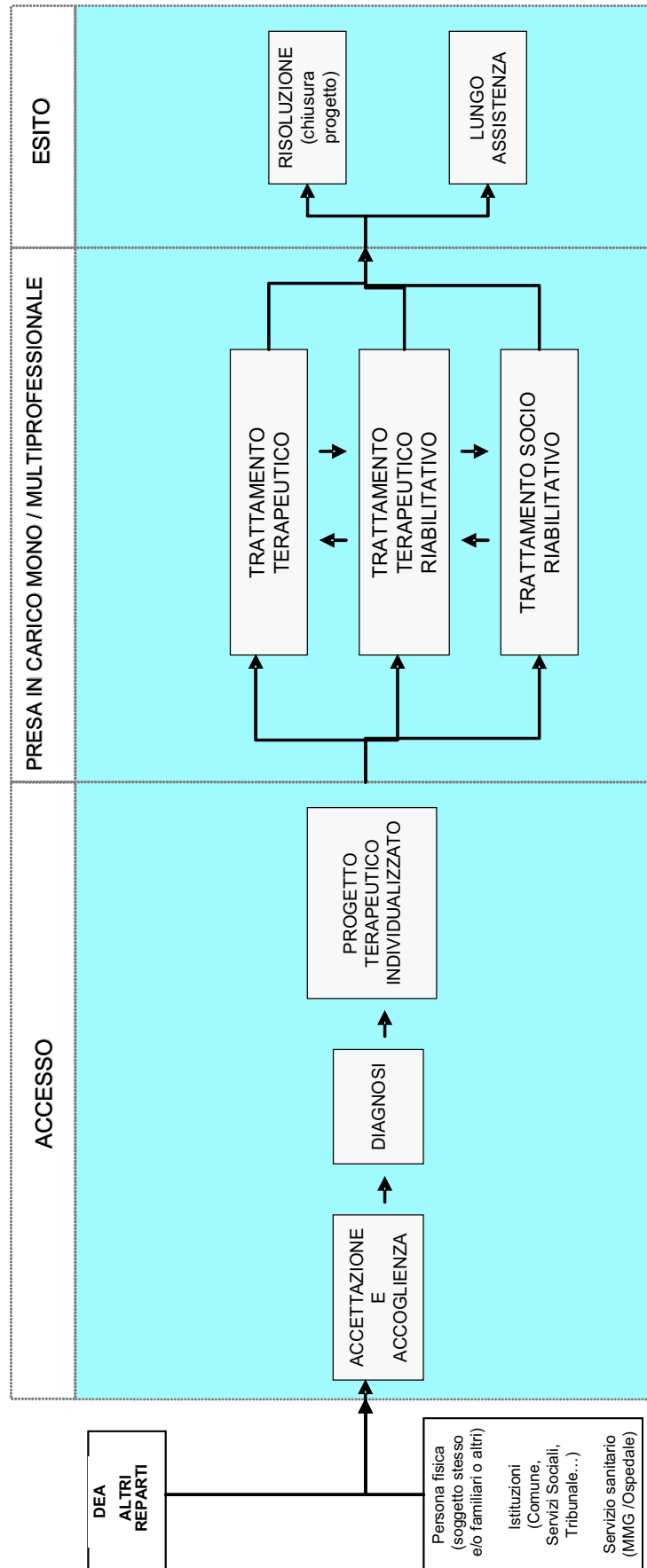


Tabella n. 8 requisiti area salute mentale

Percorso di Area salute mentale		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
SMA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
SMA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
SMA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi		Gestione dati	MANAGEMENT
SM1 L'organizzazione si dota di strumenti di prevenzione del rischio di suicidio e ne monitorizza il processo		Indice di percorso	INDICE DI PERCORSO
SMM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SMM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SMM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SMM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SMM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana		Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
SMM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali		Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
SMM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace		Formazione	MANAGEMENT
SMM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione		Formazione	MANAGEMENT
SMM9. Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori		Gestione dati	MANAGEMENT
SMM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici		Gestione dati	MANAGEMENT
SMM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 8 requisiti area salute mentale

Percorso di Area salute mentale		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
		SMM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		SMM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		SMM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		SMM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		SMM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		SMM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
SM1. ACCESSO AL SISTEMA		SM1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		SM1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		SM1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
sm1.1 Accettazione e accoglienza		SM1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		SM1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Tabella n. 8 requisiti area salute mentale

Percorso di Area salute mentale		REQUISITO	CATEGORIA	MACRO-CATEGORIA
sm 1.2 Diagnosi	sm 1.3 Progetto terapeutico individualizzato	SM1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		SM1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		SM 1.3.1 Il progetto terapeutico individualizzato è gestito efficacemente	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		SM 1.3.2 Il progetto terapeutico descrive: il problema, la diagnosi e gli obiettivi da raggiungere, le modalità e i tempi della valutazione degli obiettivi, la tipologia di trattamento utilizzato (il metodo), il consenso dell'utente (o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza), il progetto terapeutico deve indicare il responsabile del processo di cura.	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		SM 1.3.3 Le condizioni del paziente sono monitorate in coerenza con il progetto terapeutico con continuità .	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		SM2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		SM2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		SM2. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		SM2. (M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		SM2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
SM 2. PRESA IN CARICO MULTI/MONOPROFESSIONALE		SM2. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		SM2. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		SM2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT

Tabella n. 8 requisiti area salute mentale

Percorso di Area salute mentale		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO		Formazione	MANAGEMENT
SM2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri		Gestione dati	MANAGEMENT
SM2. (M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SM2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SM2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SM2. (M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SM2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SM2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SM2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SM2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SM2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SM2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SM2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 8 requisiti area salute mentale

Percorso di Area salute mentale		REQUISITO	CATEGORIA	MACRO-CATEGORIA
		SM2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
sm 2.1 Trattamento terapeutico e/o terapeutico-riabilitativo e/o socio-riabilitativo		SM 2.1.1 Il progetto terapeutico individualizzato è gestito efficacemente	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		SM 2.1.2 Il progetto terapeutico descrive: il problema, la diagnosi e gli obiettivi da raggiungere, le modalità e i tempi della valutazione degli obiettivi, la tipologia di trattamento utilizzato (il metodo), il consenso dell'utente (o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza), il progetto terapeutico deve indicare il responsabile del processo di cura.	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		SM 2.1.3 Le condizioni del paziente sono monitorate in coerenza con il progetto terapeutico con continuità .	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		SM 2.1.4 E' garantita la continuità terapeutico assistenziale del trattamento da una percorso di trattamento all'altro.	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		SM 2.1.5 E' garantita la continuità assistenziale con le altre specialistiche (neurologia, geriatria..) e con gli altri servizi (serv. sociale, MMG, servizi per l'handicap..) del territorio	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		SM2.4. (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli implantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		SM 3.1 E' garantita la continuità assistenziale con le altre specialistiche (neurologia, geriatria..) e con gli altri servizi (serv. sociale, MMG, servizi per l'handicap..) del territorio	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		SM3. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		SM3. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		SM3. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
SM 3. ESITO				

Tabella n. 8 requisiti area salute mentale

Percorso di Area salute mentale		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
SM3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
SM3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
sm 3.1 Risoluzione (chiusura progetto)		
sm 3.2 Lungo-assistenza		

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

Percorso di Area salute mentale**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO SMA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.
INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione
NUMERATORE Numero impegni raggiunti
DENOMINATORE Numero impegni regionali
STANDARD BASE 75%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO SMA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 40 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.2) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO SMA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU _i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
DENOMINATORE $\sum W_i$ W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO SM L'organizzazione si dota di strumenti di prevenzione del rischio di suicidio e ne monitorizza il processo
INDICATORE % tentativi di suicidio e suicidi dei pazienti in carico presso il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e le strutture residenziali
NUMERATORE Numero tentativi di suicidio e suicidi dei pazienti in carico
DENOMINATORE Numero pazienti in carico
STANDARD BASE miglioramento del proprio standard
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO SMM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SMM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

REQUISITO SMM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
NUMERATORE Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)
REQUISITO SMM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO SMM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO SMM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SMM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

REQUISITO SMM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO SMM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

REQUISITO SMM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO SMM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO SMM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

DENOMINATORE Numero accessori di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antiseptico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Consumo sapone antiseptico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO SMM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO SMM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO SMM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.6

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

INDICATORE 4 Rapporto tra le cadute con danno segnalate con il sistema di incident reporting e gli audit effettuati
NUMERATORE Numero cadute con danno
DENOMINATORE Numero di audit
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO SMM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SMM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

SM1. Accesso al sistema

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

REQUISITO SM1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO SM1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO SM1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)
INDICATORE 1 Tempi di attesa delle visite specialistiche ambulatoriali
NUMERATORE Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di visite specialistiche totali esaminate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

INDICATORE 2 Tempi di attesa esami diagnostici
NUMERATORE Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di esami diagnostici totali esaminati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

SM1.1 Accettazione e accoglienza

REQUISITO SM1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SM1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SM1.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO SM1.1 (M24)
E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE
Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

SM1.3 Progetto terapeutico individualizzato

REQUISITO SM 1.3.1
Il progetto terapeutico individualizzato è gestito efficacemente
INDICATORE 1
% ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici
NUMERATORE
Numero ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici
DENOMINATORE
Numero ricoveri per pazienti psichiatrici
STANDARD BASE <12%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione della performance (C8a.13)
INDICATORE 2
% pazienti in carico con progetto individualizzato
NUMERATORE
Numero pazienti in carico con progetto individualizzato
DENOMINATORE
Numero pazienti in carico
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE SALM

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

REQUISITO SM 1.3.2
Il progetto terapeutico descrive: il problema, la diagnosi e gli obiettivi da raggiungere, le modalità e i tempi della valutazione degli obiettivi, la tipologia di trattamento utilizzato (il metodo), il consenso dell'utente (o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza); il progetto terapeutico deve indicare il responsabile del processo di cura.
INDICATORE
% di progetti terapeutici che rispondono al requisito
NUMERATORE
Numero di progetti terapeutici che rispondono al requisito
DENOMINATORE
Numero di progetti terapeutici redatti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE SALM

REQUISITO SM 1.3.3
Le condizioni del paziente sono monitorate in coerenza con il progetto terapeutico con continuità
INDICATORE
% cartelle con valutazione periodica (max 3 mesi)
NUMERATORE
Numero cartelle con valutazione periodica (max 3 mesi)
DENOMINATORE
Numero cartelle totali
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE SALM

SM2. Presa in carico multi/monoprofessionale

REQUISITO SM2. (M25)*
Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE
% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO SM2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO SM2. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica

REQUISITO SM2. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO SM2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO SM2. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

% pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO SM2. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.2.1
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.2.2
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO SM2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE % di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero operatori
STANDARD BASE 90% per formazione CRM, facilitatori, gruppi di lavoro; 70% per formazione di base a tutti gli operatori
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO SM2. (M33)

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri
REQUISITO SM2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1)
REQUISITO SM2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO SM2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO SM2. (M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
NUMERATORE Numero di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 3 % di morti per Arresto Cardiaco Respiratorio
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche revisionate in cui risulta la morte per Arresto Cardiaco Respiratorio
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO SM2. (M39)

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3 % di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
NUMERATORE Numero di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
DENOMINATORE Numero di strumenti informativi adottati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 % di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
NUMERATORE Numero di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
DENOMINATORE

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

Totale personale
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO SM2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO SM2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO SM2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO SM2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO SM2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione della TAO coerente con quanto previsto dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
DENOMINATORE Numero di pazienti in TAO intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA DI FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO SM2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

REQUISITO SM2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

SM2.1 Trattamento terapeutico e/o terapeutico – riabilitativo e/o socio – sanitario

REQUISITO SM 2.1.1 Il progetto terapeutico individualizzato è gestito efficacemente
INDICATORE 1 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici
NUMERATORE Numero ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici
DENOMINATORE Numero ricoveri per pazienti psichiatrici
STANDARD BASE <12%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione della performance (C8a.13)
INDICATORE 2 % pazienti in carico con progetto individualizzato
NUMERATORE Numero pazienti in carico con progetto individualizzato
DENOMINATORE Numero pazienti in carico
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE SALM

REQUISITO SM 2.1.2

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

Il progetto terapeutico descrive: il problema, la diagnosi e gli obiettivi da raggiungere, le modalità e i tempi della valutazione degli obiettivi, la tipologia di trattamento utilizzato (il metodo), il consenso dell'utente (o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza); il progetto terapeutico deve indicare il responsabile del processo di cura.
INDICATORE % di progetti terapeutici che rispondono al requisito
NUMERATORE Numero di progetti terapeutici che rispondono al requisito
DENOMINATORE Numero di progetti terapeutici redatti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE SALM

REQUISITO SM 2.1.3 Le condizioni del paziente sono monitorate in coerenza con il progetto terapeutico con continuità .
INDICATORE % cartelle con valutazione periodica (max 3 mesi)
NUMERATORE Numero cartelle con valutazione periodica (max 3 mesi)
DENOMINATORE Numero cartelle totali
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE SALM

REQUISITO SM 2.1.4 E' garantita la continuità terapeutico assistenziale del trattamento da una percorso di trattamento all'altro.
INDICATORE 1 % appuntamenti visita ai pazienti con cambio di trattamento
NUMERATORE Numero appuntamenti visita ai pazienti con cambio di trattamento
DENOMINATORE Numero pazienti con cambio di trattamento
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE SALM

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

INDICATORE 2	
% appuntamenti entro 15 gg nei pazienti con cambio trattamento	
NUMERATORE	
Numero appuntamenti entro 15 gg nei pazienti con cambio trattamento	
DENOMINATORE	
Numero pazienti con cambio di trattamento	
STANDARD BASE 70%	
TIPOLOGIA FONTE	SALM

REQUISITO SM 2.1.5	
E' garantita la continuità assistenziale con le altre specialistiche (neurologia, geriatria..) e con gli altri servizi (serv. sociale, MMG, servizi per l'handicap..) del territorio	
INDICATORE 1	
% pazienti trattati con progetto individualizzato integrato	
NUMERATORE	
Numero pazienti trattati con progetto individualizzato integrato	
DENOMINATORE	
Numero pazienti in carico	
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)	
TIPOLOGIA FONTE	SALM
INDICATORE 2	
% pazienti in carico la cui relazione annuale viene inviata al MMG di riferimento	
NUMERATORE	
Numero relazioni annuali di ogni singolo paziente inviate al MMG di riferimento	
DENOMINATORE	
Numero pazienti in carico	
STANDARD BASE miglioramento del proprio standard	
TIPOLOGIA FONTE	SALM

REQUISITO SM2.4 (M47)*	
Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	
INDICATORE 1	
Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili	

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di pazienti ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

SM3. Esito

REQUISITO SM 3.1 E' garantita la continuità assistenziale con le altre specialistiche (neurologia, geriatria..) e con gli altri servizi (serv. sociale, MMG, servizi per l'handicap..) del territorio
INDICATORE 1 %. pazienti trattati con progetto individualizzato integrato
NUMERATORE Numero pazienti trattati con progetto individualizzato integrato
DENOMINATORE Numero pazienti in carico
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE SALM
INDICATORE 2 % pazienti in carico la cui relazione annuale viene inviata al MMG di riferimento
NUMERATORE Numero relazioni annuali di ogni singolo paziente inviate al MMG di riferimento
DENOMINATORE Numero pazienti in carico

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE SALM
REQUISITO SM3. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO SM3. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1)
REQUISITO SM3. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO SM3. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO SM3. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione/fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione / fornitura di farmaci / presidi alla dimissione
DENOMINATORE Totale dei pazienti
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

Tabella n. 9 diagramma di flusso area emergenza urgenza

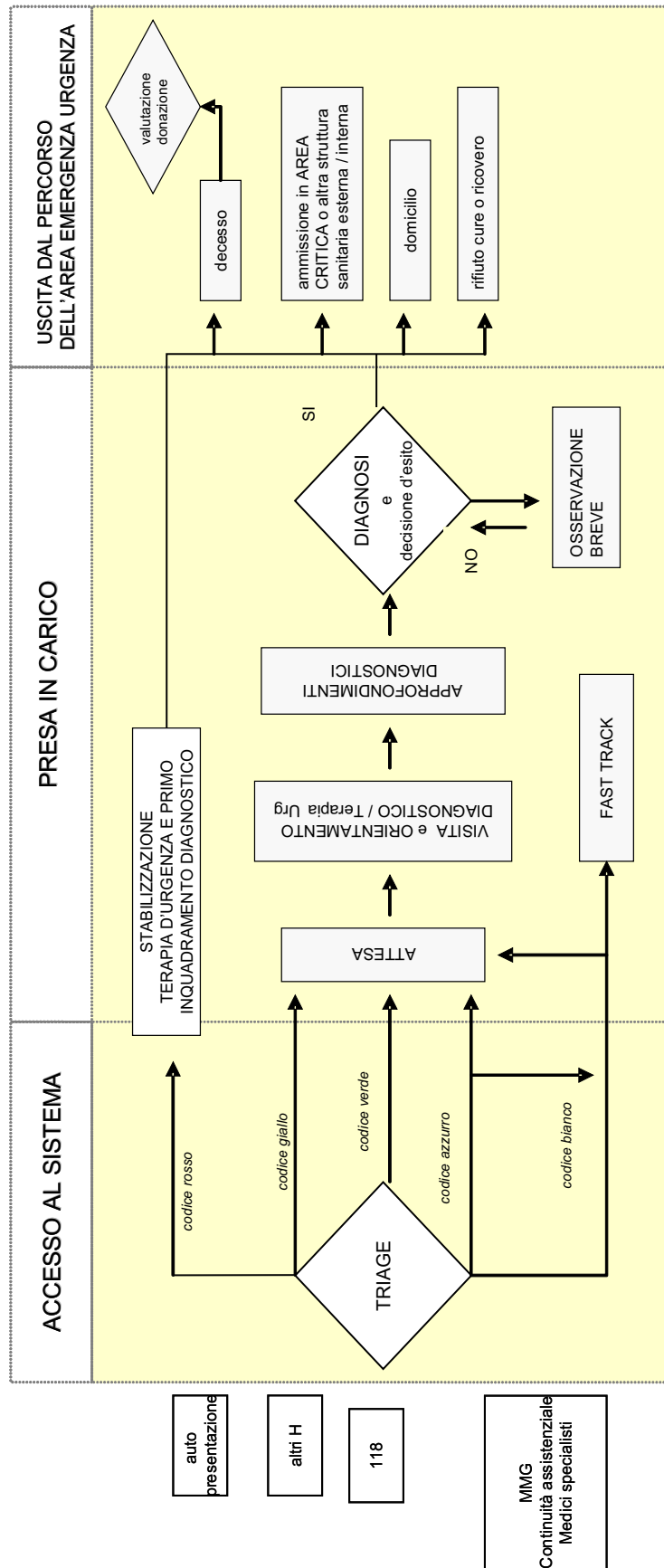


Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

PERCORSO DI AREA EMERGENZA URGENZA		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
		ERA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		ERA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		ERA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
		ERM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		ERM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		ERM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		ERM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
		ERM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
		ERM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
		ERM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
		ERM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
		ERM9. Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
		ERM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
		ERM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		ERM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
ERM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ERM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ERM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ERM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
ERM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
ER1. ACCESSO AL SISTEMA		
ER 1.1 E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi fra le diverse categorie di cittadini	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ER1(M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER1(M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
ER1(M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
er 1.1 Triage		
ER 1.1.1 La comunicazione sui tempi e sulle modalità di attesa al PS è efficace	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ER 1.1.2 Sono rispettati i tempi d'attesa in coerenza con il codice di priorità attribuito in triage	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ER1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche		
ER1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
ER1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ER1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ER 2. PRESA IN CARICO	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ER2(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ER2(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ER2(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ER2(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ER2(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ER2(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
ER2(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Formazione	MANAGEMENT
ER2(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Gestione dati	MANAGEMENT

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
ER2(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
		ER2(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		ER2(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	er 2.1 Attesa	ER 2.1.1 Esiste un sistema per la rilevazione quali-quantitativa del tasso di abbandono dal PS	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	er 2.2 Visita e orientamento diagnostico / Terapia urgenza			
	er 2.3 Approfondimento diagnostico / Trattamento	ER 2.3.1 l'approfondimento diagnostico e le consulenze sono gestiti efficacemente	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		ER 2.3.2 Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	er 2.4 Stabilizzazione-Terapia d'urgenza e primo inquadramento diagnostico	ER 2.4.1 Per le principali emergenze individuate (es. ictus, infarto miocardico, trauma maggiore, arresto cardiaco rianimato...) è garantita la coerenza con Linee Guida validate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER 3. USCITA DAL PERCORSO DELL'AREA EMERGENZA URGENZA	ER 3.1 La presa in carico del cittadino è efficace	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		ER3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		ER3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		ER3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		ER3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		ER3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
er 3.1 Ammissione in area critica/ altra struttura interna o esterna		
er 3.2 Domicilio		
er 3.3 Rifiuto cure o ricovero		
er 3.4 Decesso	ER.3.4.1 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi	Appropriatezza e qualità clinica PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO ERA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.
INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione
NUMERATORE Numero impegni raggiunti
DENOMINATORE Numero impegni regionali
STANDARD BASE 75%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO ERA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 40 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.2) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO ERA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU _i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
DENOMINATORE $\sum W_i$ W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8)

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO ERM1.

I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento

INDICATORE

presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui

STANDARD BASE si

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ERM2.

Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività

INDICATORE

% dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti

NUMERATORE

Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti

DENOMINATORE

Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno

STANDARD BASE 50%

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO ERM3.

Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata

INDICATORE

% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno

NUMERATORE

Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno

DENOMINATORE

Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine di clima interno

STANDARD BASE 50%

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

REQUISITO ERM4.
E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
INDICATORE
% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
NUMERATORE
Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
DENOMINATORE
Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ERM5.*
E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
INDICATORE
Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ERM6.
L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1
Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2
Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ERM7.

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	
INDICATORE	
% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative	
NUMERATORE	
Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative	
DENOMINATORE	
Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno	
STANDARD BASE	50%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)	

REQUISITO ERM8.	
Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	
INDICATORE 1	
% schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti	
NUMERATORE	
Numero schede compilate per ogni nuovo assunto	
DENOMINATORE	
Numero totale di nuovi assunti	
STANDARD BASE	90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno	
INDICATORE 2	
% schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti	
NUMERATORE	
Numero schede compilate per ogni nuovo inserito	
DENOMINATORE	
Numero totale di nuovi inseriti	
STANDARD BASE	90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno	
INDICATORE 3	
% di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento	
NUMERATORE	
Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento	

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ERM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ERM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ERM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza
--

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO ERM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero accessori di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO ERM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ERM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ERM15.

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.6
INDICATORE 4 Rapporto tra le cadute con danno segnalate con il sistema di incident reporting e gli audit effettuati
NUMERATORE Numero cadute con danno
DENOMINATORE Numero di audit sulle cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO ERM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ERM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ER1. Accesso al sistema

REQUISITO ER 1.1 E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi fra le diverse categorie di cittadini
INDICATORE rischio relativo della % di conoscenza del proprio codice colore al PS per titolo di studio
NUMERATORE % conoscenza del proprio codice colore al PS per titolo di studio basso
DENOMINATORE % conoscenza del proprio codice colore al PS per titolo di studio alto
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

<p>REQUISITO ER1.1 (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente</p>
<p>INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale</p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale</p>
<p>DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto</p>
<p>REQUISITO ER1.1 (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione</p>
<p>INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso</p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso</p>
<p>DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</p>
<p>REQUISITO ER1.1 (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</p>
<p>INDICATORE 1 Tempi di attesa delle visite specialistiche ambulatoriali</p>
<p>NUMERATORE Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</p>
<p>DENOMINATORE Numero di visite specialistiche totali esaminate</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 Tempi di attesa esami diagnostici
NUMERATORE Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di esami diagnostici totali esaminati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

ER1.1 Triage

REQUISITO ER 1.1.1 La comunicazione sui tempi e sulle modalità di attesa al PS è efficace
INDICATORE % pazienti che conoscono il proprio codice colore
NUMERATORE Numero pazienti che conoscono il proprio codice colore
DENOMINATORE Totale pazienti con codice colore attribuito
STANDARD BASE 60%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE Presenza di procedura che prevede la stampa e consegna di un identificativo del codice colore attribuito a ciascun paziente
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ER 1.1.2 Sono rispettati i tempi d'attesa in coerenza con il codice di priorità attribuito al triage
INDICATORE % pazienti visitati in PS nei tempi coerenti con il codice attribuito al triage
NUMERATORE

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Numero pazienti visitati in PS nei tempi coerenti con il codice attribuito al triage
DENOMINATORE Numero.visite in PS
STANDARD BASE miglioramento rispetto a sé stessi
TIPOLOGIA FONTE flusso regionale RFC 106

REQUISITO ER1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ER1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ER1.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ER1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ER2. Presa in carico

REQUISITO ER 2.1. Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto
INDICATORE 1 % di lesioni cerebrali acute in PS per cui si effettua un consulto spoke-hub attraverso RISPACS
NUMERATORE Numero di consulti spoke-hub attraverso RISPACS
DENOMINATORE Numero lesioni cerebrali acute in PS
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistemi informativi aziendali RISPACS e software DEA
INDICATORE 2 % pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 o cartella PS)
NUMERATORE Numero pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 o cartella PS)
DENOMINATORE Numero pazienti trasferiti da spoke a hub
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Presenza di una procedura per la gestione del paziente con danno cerebrale acuto coerente con le indicazioni regionali
STANDARD BASE si

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO ER2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ER2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ER2. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
REQUISITO ER2. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dati (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ER2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ER2. (M30)

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ER2. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.2.1
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Numero di strutture
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.2.2
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO ER2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

% di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero operatori
STANDARD BASE 90% per formazione CRM, facilitatori, gruppi di lavoro; 70% per formazione di base a tutti gli operatori
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ER2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri

REQUISITO ER2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1)

REQUISITO ER2. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti)
INDICATORE 2
% pazienti che si rivolgerebbero ancora allo stesso pronto soccorso
NUMERATORE
Numero di pazienti che si rivolgerebbero ancora allo stesso pronto soccorso
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile)
REQUISITO ER2. (M36)*
Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE
% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
NUMERATORE
Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE
Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO ER2. (M37)
I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE
Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

REQUISITO ER2. (M38)
Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche
INDICATORE 1
% di schede MEWS correttamente compilate
NUMERATORE
Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE
Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2
% di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
NUMERATORE
Numero di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
DENOMINATORE
Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 3
% di morti per Arresto Cardiaco Respiratorio
NUMERATORE
Numero di cartelle cliniche revisionate in cui risulta la morte per Arresto Cardiaco Respiratorio
DENOMINATORE
Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO ER2. (M39)
Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso
INDICATORE 1
Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3 % di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
NUMERATORE Numero di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
DENOMINATORE Numero di strumenti informativi adottati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 % di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
NUMERATORE Numero di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ER2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ER2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

REQUISITO ER2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ER2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni
REQUISITO ER2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione della TAO coerente con quanto previsto dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
DENOMINATORE Numero di pazienti in TAO intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA DI FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ER2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO ER2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

% di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ER2. (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di pazienti ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ER2.1 Attesa

REQUISITO ER 2.1.1 Esiste un sistema per la rilevazione quali-quantitativa del tasso di abbandono dal PS
--

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

INDICATORE Presenza di report mensili con la rilevazione quali-quantitativa del tasso di abbandono dal PS
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali,

ER2.3 Approfondimento diagnostico/trattamento

REQUISITO ER 2.3.1 L'approfondimento diagnostico e le consulenze sono gestiti efficacemente
INDICATORE % di pazienti il cui iter diagnostico rispetta il Turn Around Time concordato
NUMERATORE Numero di pazienti il cui iter diagnostico rispetta il Turn Around Time concordato
DENOMINATORE Numero di pazienti iter diagnostico
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ER 2.3.2 Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto
INDICATORE 1 % di consulti spoke- hub attraverso rispacs
NUMERATORE Numero di consulti spoke- hub attraverso RISPACS
DENOMINATORE Totale delle lesioni cerebrali acute in PS
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE dati sistemi informativi aziendali RISPACS e software DEA
INDICATORE 2 % di pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 e/o cartella PS)
NUMERATORE Numero di pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 e/o cartella PS)
DENOMINATORE Totale pazienti trasferiti

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Presenza di una procedura per la gestione del paziente con danno cerebrale acuto coerente con le indicazioni regionali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale

ER2.4 Stabilizzazione – Terapia d’urgenza e primo inquadramento diagnostico

REQUISITO ER 2.4.1 Per le principali emergenze individuate (es. ictus, infarto miocardico, trauma maggiore, arresto cardiaco rianimato...) è garantita la coerenza con Linee Guida validate
INDICATORE % pazienti il cui trattamento, per ogni singola emergenza individuata, rispetta le Linee Guida
NUMERATORE Numero pazienti il cui trattamento, per ogni singola emergenza individuata, rispetta le Linee Guida
DENOMINATORE Numero pazienti trattati per ogni singola emergenza individuata
STANDARD BASE 80% degli indicatori stabiliti
TIPOLOGIA FONTE flusso regionale RFC 106;

ER3. Uscita dal percorso dell’area emergenza urgenza

REQUISITO ER 3.1 La presa in carico del cittadino è efficace
INDICATORE % pazienti con reingresso in PS entro 48 ore rispetto a quelli dimessi a domicilio
NUMERATORE Numero pazienti con reingresso in PS entro 48 ore
DENOMINATORE Numero pazienti dimessi dal PS a domicilio
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE flusso regionale RFC 106

REQUISITO ER 3. (M48)

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ER 3. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1)

REQUISITO ER 3. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2
% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ER 3. (M51)*
Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE
%di lettere di dimissioni compilate correttamente
NUMERATORE
Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE
Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO ER 3. (M52)
La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1
% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione/fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione / fornitura di farmaci / presidi alla dimissione
DENOMINATORE
Totale dei pazienti

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

ER3.4. Decesso

REQUISITO ER.3.4.1 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi
INDICATORE 1 % morti encefaliche eleggibili individuate
NUMERATORE Numero morti encefaliche eleggibili
DENOMINATORE Numero decessi con lesioni cerebrali nelle UTI
STANDARD BASE >50%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT - sistema di valutazione delle performance (B6.1.1)
INDICATORE 2 % donatori effettivi di organi
NUMERATORE Numero donatori effettivi
DENOMINATORE Numero morti encefaliche eleggibili
STANDARD BASE >49%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT - sistema di valutazione delle performance (B6.1.2)

Tabella n. 10 diagramma di flusso area cure primarie

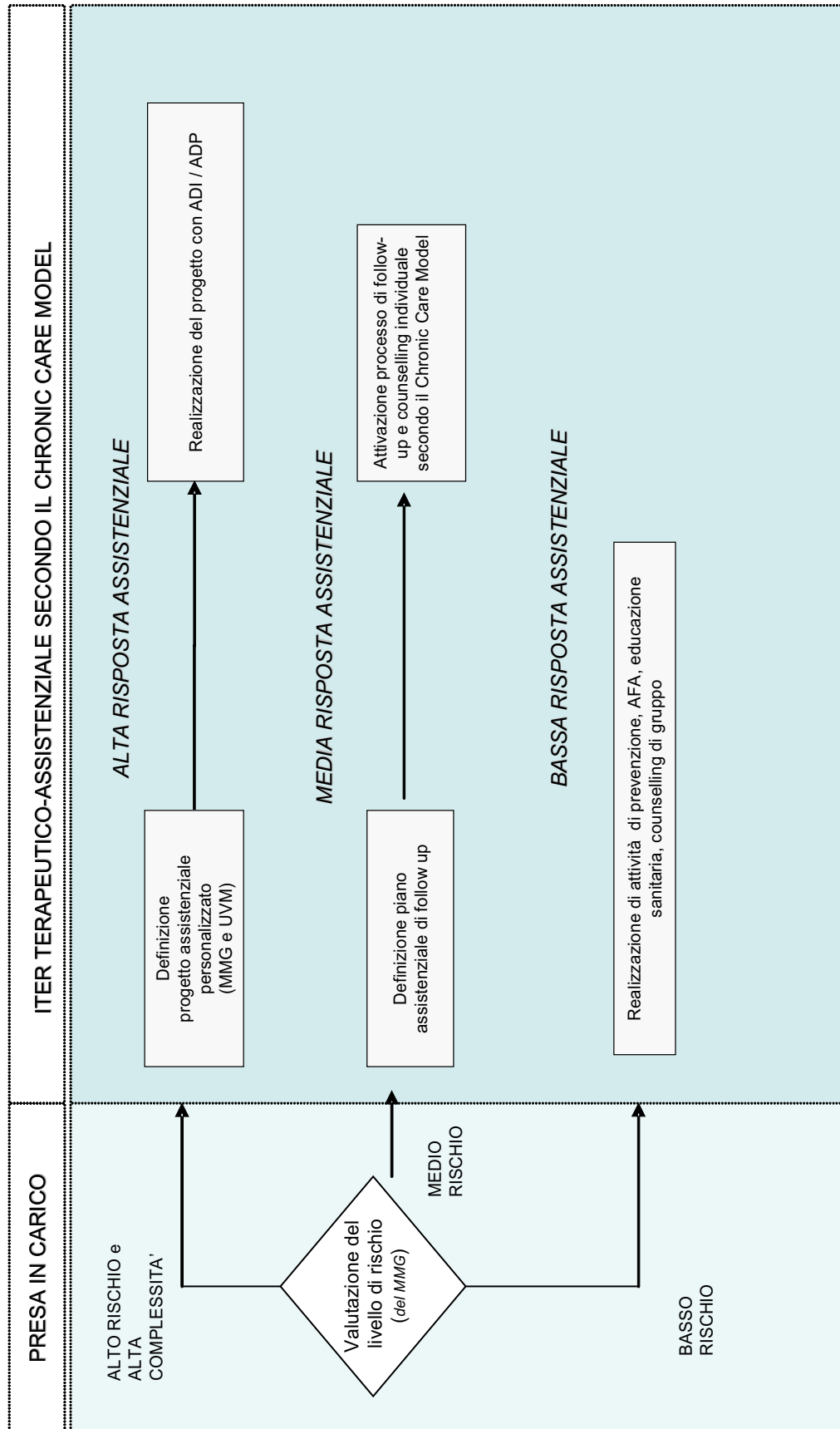


Tabella n. 10 requisiti area cure primarie

Percorso di Area Cure Primarie		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
CPA1.*	Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CPA2.	E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CPA3.	Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
CPM1.	I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CPM2.	Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CPM3.	Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CPM4.	E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CPM5.*	E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
CPM6.	L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
CPM7.	Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
CPM8.	Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
CPM9.	Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
CPM10.	Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
CPM11.*	La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CPM12.	Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CPM13.	Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microorganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CPM14.	E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CPM15.	Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CPM16.	I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione,.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
CPM17.	La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina, chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
CP1. PRESA IN CARICO	Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 10 requisiti area cure primarie

Percorso di Area Cure Primarie		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO		Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CP1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni		Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CP1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche		Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CP1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio		Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CP1.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CP2. ITER TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE SECONDO IL CHRONIC CARE MODEL		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2.1 L'unità funzionale attiva, mantiene e sviluppa i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali dei pazienti cronici in coerenza con le priorità indicate dalla programmazione regionale		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2.2 L'unità funzionale garantisce l'attuazione efficace della sanità d'iniziativa attraverso il monitoraggio e la valutazione dei moduli attivati		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2.3 L'unità funzionale garantisce una gestione efficace dell'ADI		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2.4 L'unità funzionale garantisce la progettualità dell'intervento ADI		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2.5 L'unità funzionale attua programmi di prevenzione del rischio tramite Programmi AFA ed altri programmi di educazione alla salute		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CP2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.		Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CP2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CP2. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CP2. (M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CP2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento		Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
CP2. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente		Formazione	MANAGEMENT
CP2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente		Gestione dati	MANAGEMENT
CP2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2. (M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate			

Tabella n. 10 requisiti area cure primarie

Percorso di Area Cure Primarie		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
		CP2. (M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		CP2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		CP2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		CP2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		CP2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		CP2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
cp 2.1 Alta risposta assistenziale				
cp 2.2 Media risposta assistenziale				
cp 2.3 Bassa risposta assistenziale				

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

Percorso di Area cure primarie

GENERALI AZIENDALI

REQUISITO CPA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.
INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione
NUMERATORE Numero impegni raggiunti
DENOMINATORE Numero impegni regionali
STANDARD BASE 75%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO CPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 40 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.2) nota: indicatore aziendale complessivo
REQUISITO CPA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU _i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
DENOMINATORE $\sum W_i$ W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8)

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO CPM1.

I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento

INDICATORE

Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui

STANDARD BASE si

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CPM2.

Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività

INDICATORE

% dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti

NUMERATORE

Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti

DENOMINATORE

Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno

STANDARD BASE 50%

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO CPM3.

Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata

INDICATORE

% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno

NUMERATORE

Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno

DENOMINATORE

Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine di clima interno

STANDARD BASE 50%

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

REQUISITO CPM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CPM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CPM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CPM7.

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	
INDICATORE	
% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative	
NUMERATORE	
Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative	
DENOMINATORE	
Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno	
STANDARD BASE	50%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)	

REQUISITO CPM8.	
Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	
INDICATORE 1	
% schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti	
NUMERATORE	
Numero schede compilate per ogni nuovo assunto	
DENOMINATORE	
Numero totale di nuovi assunti	
STANDARD BASE	90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno	
INDICATORE 2	
% schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti	
NUMERATORE	
Numero schede compilate per ogni nuovo inserito	
DENOMINATORE	
Numero totale di nuovi inseriti	
STANDARD BASE	90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno	
INDICATORE 3	
% di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento	
NUMERATORE	
Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento	

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO CPM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CPM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CPM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza
INDICATORE 1

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

% di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO CPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero accessori di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO CPM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CPM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CPM15.

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.6
INDICATORE 4 Rapporto tra le cadute con danno segnalate con il sistema di incident reporting e gli audit effettuati
NUMERATORE Numero cadute con danno
DENOMINATORE Numero di audit sulle cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO CPM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CPM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

CP1. Presa in carico

REQUISITO CP1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

REQUISITO CP1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)
INDICATORE 1 Tempi di attesa delle visite specialistiche ambulatoriali
NUMERATORE Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di visite specialistiche totali esaminate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 Tempi di attesa esami diagnostici
NUMERATORE Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di esami diagnostici totali esaminati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO CP1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CP1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CP1.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

CP2. Iter terapeutico-assistenziale secondo il chronic care model

REQUISITO CP2.1 L'unità funzionale attiva, mantiene e sviluppa i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali dei pazienti cronici in coerenza con le priorità indicate dalla programmazione regionale
INDICATORE Rispetto degli indicatori individuati a livello regionale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio regionale

REQUISITO CP 2.2 L'unità funzionale garantisce l'attuazione efficace della sanità d'iniziativa attraverso il monitoraggio e la valutazione dei moduli attivati
INDICATORE Rispetto degli indicatori individuati a livello regionale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio regionale

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

REQUISITO CP 2.3 L'unità funzionale garantisce una gestione efficace dell'ADI
INDICATORE % delle ADI attivate nel tempo predeterminato dall'Azienda
NUMERATORE Numero delle ADI attivate nel tempo predeterminato dall'Azienda
DENOMINATORE Numero totale dimessi per cui è stata attivata l'ADI
STANDARD BASE 70% rispetto alla media regionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO CP 2.4 L'unità funzionale garantisce la progettualità dell'intervento ADI
INDICATORE % progetti di pazienti in carico ADI
NUMERATORE Numero progetti di pazienti in carico ADI
DENOMINATORE Numero pazienti in carico ADI
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO CP 2.5 L'unità funzionale attua programmi di prevenzione del rischio tramite Programmi AFA ed altri programmi di educazione alla salute
INDICATORE 1 Grado di diffusione dei programmi AFA a bassa disabilità tra i residenti ≥ 65 anni
NUMERATORE Numero programmi AFA a bassa disabilità attivi alla data di rilevazione
DENOMINATORE Popolazione residente ≥ 65 anni
STANDARD BASE 1 corso attivo ogni 1.000 residenti ≥ 65 anni
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

Grado di diffusione dei programmi AFA ad alta disabilità tra i residenti \geq 65 anni
NUMERATORE Numero programmi AFA ad alta disabilità attivi alla data di rilevazione
DENOMINATORE Popolazione residente \geq 65 anni
STANDARD BASE almeno 1 corso attivato ogni 15.000 residenti \geq 65 anni all'anno
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO CP2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO CP2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

REQUISITO CP2. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
REQUISITO CP2. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO CP2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO CP2. (M31)*
Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1
Numero medio di audit svolti per struttura in un anno
NUMERATORE
Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE
Numero di strutture
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.2.1
INDICATORE 2
Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno
NUMERATORE
Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE
Numero di strutture
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.2.2
INDICATORE 3
% di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE
Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE
Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO CP2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE % di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero operatori
STANDARD BASE 90% per formazione CRM, facilitatori, gruppi di lavoro; 70% per formazione di base a tutti gli operatori
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CP2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e centro GRC per sinistri
REQUISITO CP2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1)
REQUISITO CP2. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materni-Infantile; report indagine Distretti)
REQUISITO CP2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

DENOMINATORE
Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO CP2. (M37)
I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE
Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO CP2. (M41)
Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE
% di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO CP2. (M42)*
L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1
Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO CP2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione della TAO coerente con quanto previsto dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
DENOMINATORE Numero di pazienti in TAO intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA DI FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

Tabella n. 11 diagramma di flusso area riabilitazione

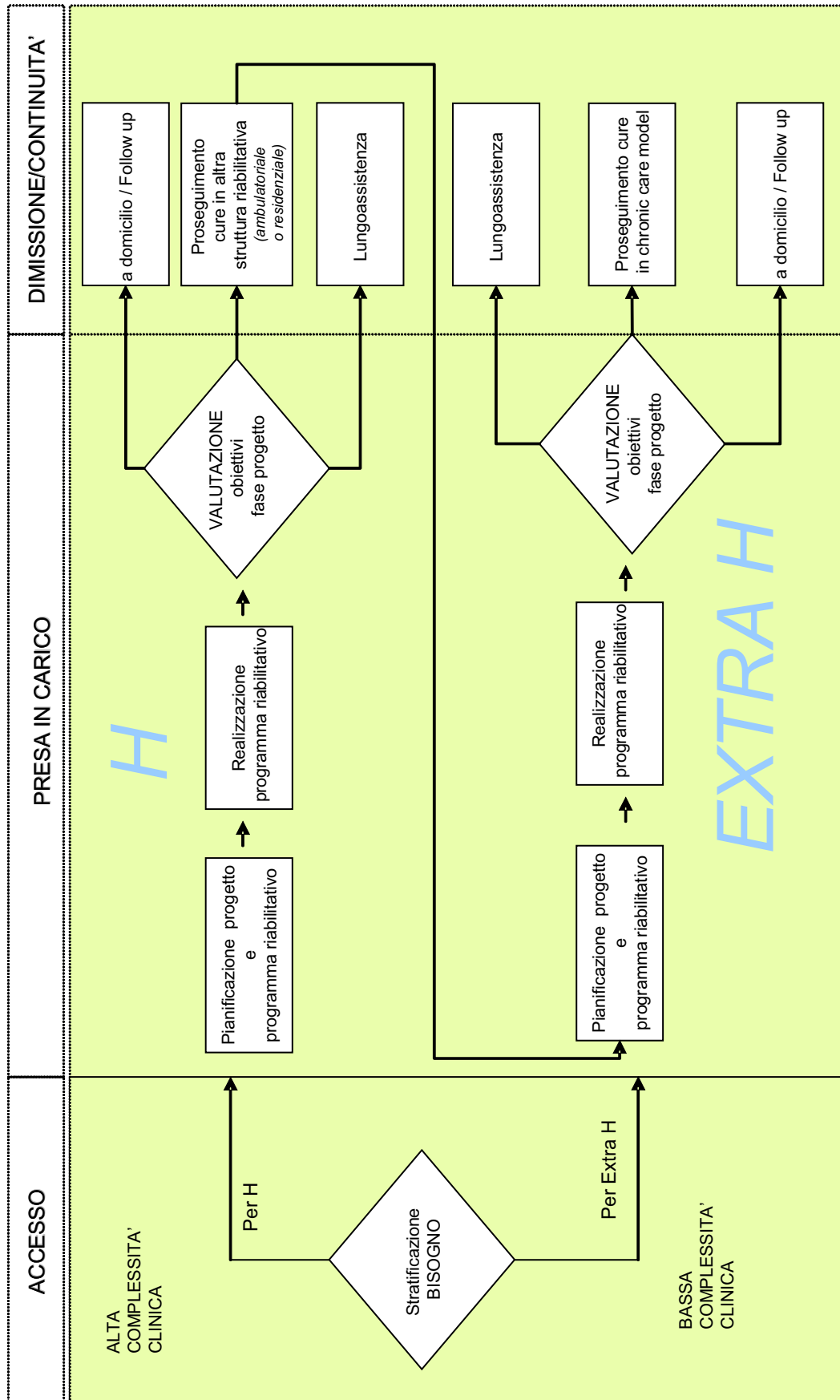


Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

Percorso di Area riabilitazione		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
RIABA1.*	Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
RIABA2.	E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Gestione dati	MANAGEMENT
RIABA3.	Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
RIABM1.	I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
RIABM2.	Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
RIABM3.	Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
RIABM4.	E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
RIABM5.*	E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
RIABM6.	L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Formazione	MANAGEMENT
RIABM7.	Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
RIABM8.	Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Gestione dati	MANAGEMENT
RIABM9.	Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
RIABM10.	Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIABM11.*	La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIABM12.	Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.		

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

Percorso di Area riabilitazione		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
		RIABM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		RIABM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		RIABM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		RIABM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		RIABM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
RIAB1. ACCESSO AL SISTEMA		RIAB1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
		RIAB1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		RIAB1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		RIAB1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		RIAB1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		RIAB1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
		RIAB1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
riab 1.1 Stratificazione del bisogno per H		RIAB 1.1 L'organizzazione attua una stratificazione del bisogno appropriata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

Percorso di Area riabilitazione		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
riab 1.2 Stratificazione del bisogno per extra H	REQUISITO RIAB 1.2 L'organizzazione attua una stratificazione del bisogno appropriata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
RIAB2.PRESA IN CARICO	RIAB2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	RIAB2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	RIAB2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
	RIAB2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2.(M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

Percorso di Area riabilitazione		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
riab 2.1 Presa in carico H			

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

Percorso di Area riabilitazione			CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	REQUISITO			
riab 2.1.1 Pianificazione progetto e programma riabilitativo in H	RIAB 2.1.1.1 l'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB 2.1.1.2 Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbidità e l'instabilità dei parametri vitali		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
riab 2.1.2 Realizzazione programma riabilitativo in H	RIAB 2.1.2.1 l'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB 2.1.2.2 Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbidità e l'instabilità dei parametri vitali		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
riab 2.1.3 Valutazione obiettivi fase progetto in H	RIAB 2.1.3.1 l'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB 2.1.3.2 Il programma riabilitativo attuato è efficace		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
riab2.2 Presa in carico extra H				
riab 2.2.1 Pianificazione progetto e programma riabilitativo extra H	RIAB 2.2.1.1 l'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
riab 2.2.2 Realizzazione programma riabilitativo extra H				
riab 2.2.3 Valutazione obiettivi fase progetto extra H	RIAB 2.2.3.1 Il programma riabilitativo attuato è efficace		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB3. DIMISSIONI/CONTINUITA'	RIAB3. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB3. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).		Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

Percorso di Area riabilitazione		REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
		RIAB3. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		RIAB3. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
		RIAB 3. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
riab3.1 Lungo-assistenza		RIAB 3.1 E' garantita la gestione del passaggio alla fase di lungoassistenza	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
riab3.2 Dimissione a domicilio e follow up				
riab3.3 Proseguimento cure in altra struttura riabilitativa (da H a struttura ambulatoriale o residenziale)		RIAB 3.3.1 Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbidità e l'instabilità dei parametri vitali	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
riab3.4 Proseguimento cure in chronic care model (da struttura extra H a percorso cure primarie)				

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Percorso di Area riabilitazione

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO RIABA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO RIABA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B16.2) nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO RIABA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU_i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum W_i$ W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (B8) nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO RIABM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO RIABM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO RIABM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
NUMERATORE Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)
REQUISITO RIABM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO RIABM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO RIABM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
--

REQUISITO RIABM7.

Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace

INDICATORE

% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative

NUMERATORE

Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative

DENOMINATORE

Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno

STANDARD BASE 50%**TIPOLOGIA FONTE** per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)**REQUISITO RIABM8.**

Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione

INDICATORE 1

% schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti

NUMERATORE

Numero schede compilate per ogni nuovo assunto

DENOMINATORE

Numero totale di nuovi assunti

STANDARD BASE 90%**TIPOLOGIA FONTE** monitoraggio interno**INDICATORE 2**

% schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti

NUMERATORE

Numero schede compilate per ogni nuovo inserito

DENOMINATORE

Numero totale di nuovi inseriti

STANDARD BASE 90%

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO RIABM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO RIABM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati
STANDARD BASE si

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO RIABM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
REQUISITO RIABM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero accessori di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
REQUISITO RIABM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO RIABM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
INDICATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO RIABM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.6
INDICATORE 4 Rapporto tra le cadute con danno segnalate con il sistema di incident reporting e gli audit effettuati
NUMERATORE Numero cadute con danno
DENOMINATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero di audit sulle cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO RIABM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO RIABM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

RIAB1. Accesso al sistema

REQUISITO RIAB1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto
REQUISITO RIAB1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO RIAB1. (M20) E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)
INDICATORE 1 Tempi di attesa delle visite specialistiche ambulatoriali
NUMERATORE Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di visite specialistiche totali esaminate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 Tempi di attesa esami diagnostici
NUMERATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di esami diagnostici totali esaminati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance

REQUISITO RIAB1. (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO RIAB1. (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO RIAB1. (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO RIAB1. (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

RIAB1.1 Stratificazione del bisogno per H

REQUISITO RIAB 1.1 L'organizzazione attua una stratificazione del bisogno appropriata
INDICATORE 1 % pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile
NUMERATORE Numero pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile
DENOMINATORE Totale pazienti in carico
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE flusso SDO, revisione cartelle
INDICATORE 2 % pazienti con comorbidità
NUMERATORE Numero pazienti con comorbidità
DENOMINATORE Totale pazienti in carico
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE flusso SDO, revisione cartelle
INDICATORE 3 % pazienti ammessi in continuità dall'ospedale
NUMERATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero pazienti ammessi in continuità dall'ospedale
DENOMINATORE Totale pazienti in carico
STANDARD BASE 100%
TIPOLOGIA FONTE flusso SDO, revisione cartelle

RIAB1.2 Stratificazione del bisogno per extra H

REQUISITO RIAB 1.2 L'organizzazione attua una stratificazione del bisogno appropriata
INDICATORE % pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile
NUMERATORE Numero pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile
DENOMINATORE Totale pazienti in carico
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE flusso SPR e SDO, revisione cartelle
INDICATORE 2 % pazienti con reingresso tramite PS
NUMERATORE Numero pazienti con reingresso tramite PS
DENOMINATORE Totale pazienti in carico
STANDARD BASE 90% <i>(non applicabile alle organizzazioni che operano per la disabilità neuropsichica)</i>
TIPOLOGIA FONTE flusso SPR e SDO, revisione cartelle
INDICATORE 3 % pazienti a bassa complessità clinica ammessi direttamente al reparto per acuti
NUMERATORE Numero pazienti a bassa complessità clinica ammessi direttamente al reparto per acuti
DENOMINATORE Totale pazienti ammessi
STANDARD BASE < 50%

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

TIPOLOGIA FONTE flusso SPR e SDO, revisione cartelle

RIAB2. Presa in carico**REQUISITO RIAB2. (M25)***

Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva

INDICATORE

% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti

NUMERATORE

Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti

DENOMINATORE

Numero di pazienti intervistati

STANDARD BASE 80%

TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO RIAB2. (M26)*

I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza

INDICATORE

% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza

NUMERATORE

Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza

DENOMINATORE

Numero di pazienti intervistati

STANDARD BASE 85%

TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO RIAB2. (M27)

E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza

INDICATORE

Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
REQUISITO RIAB2. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO RIAB2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

REQUISITO RIAB2. (M30)
L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1
% di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2
% pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:
INDICATORE 1
% di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO RIAB2. (M31)*
Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero medio di audit svolti per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.1
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance C6.2.2
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC

REQUISITO RIAB2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE % di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero operatori
STANDARD BASE 90% per formazione CRM, facilitatori, gruppi di lavoro; 70% per formazione di base a tutti gli operatori
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO RIAB2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri

REQUISITO RIAB2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

NUMERATORE
Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE
Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C5.1)

REQUISITO RIAB2. (M36)*
Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE
% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
NUMERATORE
Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE
Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO RIAB2. (M37)
I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE
Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO RIAB2. (M38)
Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche
INDICATORE 1
% di schede MEWS correttamente compilate
NUMERATORE
Numero schede MEWS correttamente compilate

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
NUMERATORE Numero di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 3 % di morti per Arresto Cardiaco Respiratorio
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche revisionate in cui risulta la morte per Arresto Cardiaco Respiratorio
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO RIAB2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

% di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3 % di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
NUMERATORE Numero di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
DENOMINATORE Numero di strumenti informativi adottati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 % di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
NUMERATORE Numero di personale che ha partecipato ad almeno un'iniziativa sul dolore
DENOMINATORE Totale personale
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO RIAB2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO RIAB2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO RIAB2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle revisionate
STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO RIAB2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO RIAB2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione della TAO coerente con quanto previsto dalla buona pratica regionale

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che l'organizzazione ha attuato le misure preventive per garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci per TAO
DENOMINATORE Numero di pazienti in TAO intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA DI FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO RIAB2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO RIAB2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO RIAB2. (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di pazienti ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

RIAB2.1 Presa in carico H**RIAB2.1.1 Pianificazione progetto e programma riabilitativo in H**

REQUISITO RIAB 2.1.1.1 L'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati
INDICATORE Sono in uso sistemi di classificazione e valutazione validati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO RIAB 2.1.1.2

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbilità e l'instabilità dei parametri vitali
INDICATORE 1 % pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg
NUMERATORE Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg
DENOMINATORE Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Tempo di attesa medio tra la dimissione dalla UO acuti e l'ammissione in struttura residenziale
NUMERATORE Somma dei tempi di attesa tra la dimissione dalla UO acuti e l'ammissione in struttura residenziale per i pazienti che sono ammessi in struttura residenziale
DENOMINATORE Numero pazienti che sono ammessi in struttura residenziale
STANDARD BASE 1 gg
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

RIAB2.1.2 Realizzazione programma riabilitativo in H

REQUISITO RIAB 2.1.2.1 L'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati
INDICATORE Sono in uso sistemi di classificazione e valutazione validati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO RIAB 2.1.2.2 Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbilità e l'instabilità dei parametri vitali
INDICATORE 1 % pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg
NUMERATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg
DENOMINATORE Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Tempo di attesa medio tra la dimissione dalla UO acuti e l'ammissione in struttura residenziale
NUMERATORE Somma dei tempi di attesa tra la dimissione dalla UO acuti e l'ammissione in struttura residenziale per i pazienti che sono ammessi in struttura residenziale
DENOMINATORE Numero pazienti che sono ammessi in struttura residenziale
STANDARD BASE 1 gg
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

RIAB2.1.3 Valutazione obiettivi fase progetto in H

REQUISITO RIAB 2.1.3.1 L'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati
INDICATORE Sono in uso sistemi di classificazione e valutazione validati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO RIAB 2.1.3.2 Il programma riabilitativo attuato è efficace
INDICATORE 1 % pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo
NUMERATORE Numero pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo
DENOMINATORE Numero pazienti con progetto riabilitativo
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

INDICATORE 2
Differenza (delta) fra n° pazienti a cui viene fatta la valutazione clinica funzionale all'ingresso e all'uscita / n° pazienti con valutazione funzionale all'uscita
NUMERATORE
Differenza (delta) fra n° pazienti a cui viene fatta la valutazione clinica funzionale all'ingresso e all'uscita
DENOMINATORE
Numero pazienti con valutazione clinica funzionale all'ingresso
STANDARD BASE >70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

RIAB2.2 Presa in carico extra H**RIAB2.2.1 Pianificazione progetto e programma riabilitativo extra H**

REQUISITO RIAB 2.2.1.1
L'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati
INDICATORE
Sono in uso sistemi di classificazione e valutazione validati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

RIAB2.2.3 Valutazione obiettivi fase progetto extra H

REQUISITO RIAB 2.2.3.1
Il programma riabilitativo attuato è efficace
INDICATORE 1
% progetti riabilitativi che hanno fra gli obiettivi il miglioramento funzionale
NUMERATORE
Numero progetti riabilitativi che hanno fra gli obiettivi il miglioramento funzionale
DENOMINATORE
Numero progetti riabilitativi
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE flusso SPR, revisione cartelle
INDICATORE 2

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

% pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo
NUMERATORE Numero pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo
DENOMINATORE Numero pazienti con progetto riabilitativo
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE flusso SPR, revisione cartelle

RIAB3. Dimissioni/continuità

REQUISITO RIAB3. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO RIAB3. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero dimessi
STANDARD BASE <1,5%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (C8a.1)
REQUISITO RIAB3. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli sono state date per iscritto informazioni chiare sulle medicine da prendere a casa
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO RIAB3. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente
NUMERATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO RIAB3. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione/fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione / fornitura di farmaci / presidi alla dimissione
DENOMINATORE Totale dei pazienti
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance

RIAB3.2 Lungo-assistenza

REQUISITO RIAB 3.1.1 E' garantita la gestione del passaggio alla fase di lungoassistenza
INDICATORE % soggetti che alla dimissione del percorso riabilitativo presentano bisogni socio assistenziali aperti presi in carico al PUA (Punto Unico di Accesso)
NUMERATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero soggetti presi in carico al PUA (Punto Unico di Accesso)
DENOMINATORE Totale soggetti che alla dimissione del percorso riabilitativo presentano bisogni socio assistenziali aperti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle

RIAB3.3 Proseguimento cure in altra struttura riabilitativa (da H a struttura ambulatoriale o residenziale)

REQUISITO RIAB 3.3.1 Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbidità e l'instabilità dei parametri vitali
INDICATORE 1 % pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg
NUMERATORE Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg
DENOMINATORE Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Tempo di attesa medio tra la dimissione dalla UO acuti e l'ammissione in struttura residenziale
NUMERATORE Somma dei tempi di attesa tra la dimissione dalla UO acuti e l'ammissione in struttura residenziale per i pazienti che sono ammessi in struttura residenziale
DENOMINATORE Numero pazienti che sono ammessi in struttura residenziale
STANDARD BASE 1 gg
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

Tabella n. 12 requisiti strutture residenziali e ambulatoriali private

Percorso organizzativo Strutture Residenziali e Ambulatoriali Private		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
A1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione. (A e R)		Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
A2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda (A e R)		Gestione dati	MANAGEMENT
RA1. Si è predisposto un processo per l'invio dei flussi informativi (solo R)		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
M1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento (A e R)		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
M2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività (A e R)		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
M3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata (A e R)		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
M4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni (A e R)		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
M5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana (A e R)		Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
RA2. L'organizzazione definisce annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali (A e R)		Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
M8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione (A e R)		Formazione	MANAGEMENT
M9. Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori (A e R)		Gestione dati	MANAGEMENT
M10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici (A e R)		Gestione dati	MANAGEMENT
M11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (A e R)		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
M12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani. (A e R)		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 12 requisiti strutture residenziali e ambulatoriali private

Percorso organizzativo Strutture Residenziali e Ambulatoriali Private		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO			
RA1. ACCESSO AL SISTEMA	M13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	M14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili (A e R)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	M15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RA 1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RA 1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione (solo R)	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
RA 2. PRESA IN CARICO/DEGENZA	RA 1. (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche (solo R)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA 1. (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio (A e R)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA 1. (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza (A e R)	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA 1. (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione (solo R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva. (A e R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza (A e R)	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA2. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza (solo R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA2. (M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari (solo R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Tabella n. 12 requisiti strutture residenziali e ambulatoriali private

Percorso organizzativo Strutture Residenziali e Ambulatoriali Private		CATEGORIA	MACROCATEGORIA
REQUISITO		Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
RA2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento (solo R)			
RA2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente (solo R)		Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
RA2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente (A e R)		Formazione	MANAGEMENT
RA2.(M33) Il sistema informativo deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri (solo R)		Gestione dati	MANAGEMENT
RA2.(M35) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate (A e R)		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RA2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori (solo R)		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RA2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati (A e R)		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RA2.(M38) Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche (solo R)		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RA2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso (solo R)		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RA2.(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc (solo R)		Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RA2.(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura (solo R)		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RA2.(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici (solo R)		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RA2.(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione (solo R)		Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 12 requisiti strutture residenziali e ambulatoriali private

Percorso organizzativo Strutture Residenziali e Ambulatoriali Private		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
RA2.(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RA3.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili. (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RA3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento (solo R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
RA3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.). (solo R)	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
RA3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare (solo R)	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
RA3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti: le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni (solo R)	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

REQUISITI STRUTTURE RESIDENZIALI e AMBULATORIALI

I requisiti generali che seguono sono contrassegnati ai fini della loro applicabilità:

- con la lettera **A** se applicabili a strutture ambulatoriali
- con la lettera **R** se applicabili a strutture residenziali e/o semiresidenziali

GENERALI AZIENDALI

REQUISITO A1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.
INDICATORE Presenza degli strumenti di informazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione
APPLICAZIONE: A e R

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO A2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 40 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA1. Si è predisposto un processo per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Capacità di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE Flussi informativi che si è capaci di trasmettere
DENOMINATORE Flussi informativi potenzialmente dovuti
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE: R

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

REQUISITO RA (M1) I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA (M2) Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA (M3) Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
NUMERATORE Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : A e R

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

REQUISITO RA (M4) E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA (M5)* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA2. L'organizzazione definisce annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA (M8) Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

% schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : A e R

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

REQUISITO RA (M9). Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA (M10) Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA (M11)* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

% di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA (M12) Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero occasioni di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di ricovero ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA (M13)
Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE
Report periodici sulla situazione microbiologica. Le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA (M14)
E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
INDICATORE
Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA (M15)
Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1
% di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE
Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE
Numero pazienti anziani presenti in struttura (o ricoverati)
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO**1. Accesso al sistema**

REQUISITO RA1 (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE (solo per R) % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE (solo per R) Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
INDICATORE (solo per A) Presenza di una procedura aziendale per la corretta identificazione dell'utente
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : R e A

REQUISITO RA (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE Presenza di una procedura e di un documento aziendale ad hoc
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : R

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

REQUISITO RA (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose ed etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : R
REQUISITO RA (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : R

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

2. Presa in carico/degenza

REQUISITO RA 2 (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE Presenza di una procedura aziendale ad hoc
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA2 (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE Presenza di una procedura aziendale ad hoc
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA 2(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
APPLICAZIONE : R
REQUISITO RA 2(M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute erano comprensibili
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio aziendale
APPLICAZIONE: R

REQUISITO RA 2(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio aziendale
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 2(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti in un anno
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

DENOMINATORE Numero di strutture
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio aziendale
INDICATORE 2 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 2(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE % di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di operatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero operatori
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA 2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

APPLICAZIONE : R
REQUISITO RA 2.(M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA 2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R
REQUISITO RA 2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA 2.(M38)

Viene effettuata una valutazione del paziente per individuare e gestire in maniera tempestiva eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche
--

INDICATORE 1

% di schede MEWS correttamente compilate (e adattate al contesto)

NUMERATORE

Numero schede MEWS correttamente compilate (e adattate al contesto)

DENOMINATORE

Numero di pazienti

STANDARD BASE 70%

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

INDICATORE 2

% di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare

NUMERATORE

Numero di registrazioni in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare
--

DENOMINATORE

Numero di pazienti

STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

INDICATORE 3

% di morti per Arresto Cardiaco Respiratorio
--

NUMERATORE

Numero di morti per Arresto Cardiaco Respiratorio

DENOMINATORE

Numero pazienti

STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 2.(M39)

Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

INDICATORE 1
% di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE
Numero di personale a cui è stato diffuso il protocollo aderente a quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE
Totale personale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2
Presenza di strumenti informativi aderenti a quanto indicato dalla buona pratica regionale nelle aree di degenza e negli spazi comuni
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3
% pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 2.(M40)*
Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE
% di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
NUMERATORE
Numero di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE
Numero di ricoveri
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

TIPOLOGIA FONTE	monitoraggio interno
APPLICAZIONE :	R
REQUISITO RA 2.(M41)	
Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	
INDICATORE	
% di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti	
NUMERATORE	
Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti	
DENOMINATORE	
Numero di pazienti intervistati	
STANDARD BASE	raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE	monitoraggio interno
APPLICAZIONE :	R
REQUISITO RA 2.(M42)*	
L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	
INDICATORE 1	
Evidenza della diffusione del report	
STANDARD BASE	si
TIPOLOGIA FONTE	documento aziendale
INDICATORE 2	
Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)	
NUMERATORE	
Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)	
DENOMINATORE	
Numero cartelle cliniche revisionate	
STANDARD BASE	% segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE	monitoraggio interno, revisione cartelle cliniche
APPLICAZIONE :	R

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

REQUISITO RA 2.(M45)	
Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	
INDICATORE	
% di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito	
NUMERATORE	
Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito	
DENOMINATORE	
Numero di pazienti a rischio	
STANDARD BASE	80%
TIPOLOGIA FONTE	monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R	

REQUISITO RA 2.(M46)	
Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	
INDICATORE	
% di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)	
NUMERATORE	
Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale	
DENOMINATORE	
Numero di pazienti a rischio nutrizionale	
STANDARD BASE	80%
TIPOLOGIA FONTE	monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R	

3. Dimissioni/esito

REQUISITO RA 3.(M47)*	
Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili	
INDICATORE 1	
Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili	
STANDARD BASE	si
TIPOLOGIA FONTE	documento aziendale

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

INDICATORE 2 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi con le altre strutture interessate
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 3.(M51)*
Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE
% di lettere di dimissioni compilate correttamente/ numero totale lettere di dimissioni
NUMERATORE
Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE
Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R

MODALITÀ TECNICHE PER L'INVIO DEGLI ATTI DESTINATI ALLA PUBBLICAZIONE

Con l'entrata in vigore dal 1 gennaio 2008 della L.R. n. 23 del 23 aprile 2007 "Nuovo ordinamento del Bollettino Ufficiale della Regione Toscana e norme per la pubblicazione degli atti. Modifiche alla legge regionale 20 gennaio 1995, n. 9 (Disposizioni in materia di procedimento amministrativo e di accesso agli atti)", cambiano le tariffe e le modalità per l'invio degli atti destinati alla pubblicazione sul B.U.R.T.

Tutti gli Enti inserzionisti devono inviare i loro atti per la pubblicazione sul B.U.R.T. in formato esclusivamente digitale. Le modalità tecniche per l'invio elettronico degli atti destinati alla pubblicazione sono state stabilite con Decreto Dirigenziale n. 5615 del 12 novembre 2007. **L'invio elettronico avviene mediante interoperabilità dei sistemi di protocollo informatici (DPR 445/2000 artt. 14 e 55) nell'ambito della infrastruttura di Cooperazione Applicativa Regionale Toscana. Le richieste di pubblicazione firmate digitalmente (D.lgs 82/2005) hanno come allegato digitale l'atto di cui è richiesta la pubblicazione. E' fatta transitoriamente eccezione alle modalità di cui sopra per gli enti ancora non dotati del protocollo elettronico, per i quali resta utilizzabile, la trasmissione elettronica all'indirizzo redazione@regione.toscana.it.**

Il materiale da pubblicare deve pervenire all'Ufficio del B.U.R.T. entro il mercoledì per poter essere pubblicato il mercoledì della settimana successiva.

Il calcolo per le tariffe di inserzione è determinato in base al numero complessivo dei caratteri, spazi, simboli di interlinea ecc. di cui è composto il testo da pubblicare. La tariffa unitaria per carattere, spazi ecc. è di **Euro 0,010**, il costo per la pubblicazione di tabelle, elenchi, prospetti diversi sarà computato moltiplicando la tariffa unitaria per 2.000 per ogni pagina di formato A/4 anche se le dimensioni delle tabelle, ecc. non dovessero occupare interamente la pagina A/4 (**Euro 20**).

Per le inserzioni a pagamento il versamento dovrà essere fatto sul C/C postale n. 14357503 intestato a: Regione Toscana - Bollettino Ufficiale - via F. Baracca, 88 - 50127 Firenze.

L'attestazione del pagamento dovrà essere inviata via fax al n. 0554384620 contestualmente al materiale da pubblicare inviato in formato digitale.

L'art. 16, comma 2, della L.R. n. 23/2007 stabilisce che gli atti degli enti locali e degli altri enti pubblici la cui pubblicazione è obbligatoria per previsione di legge o di regolamento è effettuata senza oneri per l'interessato, in tal caso nella richiesta di pubblicazione deve essere indicata la norma che la rende obbligatoria.

L'art. 16, comma 3, della L.R. n. 23/2007, stabilisce viceversa che sono soggetti a pagamento gli atti di cui all'art.5, comma 1, lettere h),i),j),e k), ed in particolare:

- 1) bandi ed avvisi di concorso e relativi provvedimenti di approvazione;
- 2) bandi ed avvisi per l'attribuzione di borse di studio, contributi, sovvenzioni, benefici economici e i relativi provvedimenti di approvazione;
- 3) i provvedimenti di approvazione delle graduatorie relativi ai procedimenti di cui sopra;
- 4) gli avvisi di conferimento di incarichi esterni o di collaborazione coordinata e continuativa, ove previsto dalla disciplina della materia.

I testi da pubblicare, trasmessi unitamente alla istanza di pubblicazione, devono possedere i seguenti requisiti formali:

- testo - in forma integrale o per estratto (ove consentito o espressamente richiesto);
- collocazione fuori dai margini del testo da pubblicare di firme autografe, timbri, loghi o altre signature;
- utilizzo di un carattere chiaro tondo preferibilmente times newroman, corpo 10;
- indicazione, all'inizio del testo, della denominazione dell'ente emittitore e dell'oggetto dell'atto sintetizzato nei dati essenziali;
- inserimento nel testo di un unico atto o avviso; più atti o avvisi possono essere inseriti nello stesso testo se raggruppati per categorie o tipologie omogenee.

Per ogni eventuale chiarimento rivolgersi alla redazione del B.U.R.T. tel. n. 0554384622