

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1992, n. 421, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 che prevede, tra l'altro, l'adozione di sistemi di verifica e di revisione di qualità delle attività e delle prestazioni;

Visto il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale (SSN) a norma dell'articolo 11 della legge 30 novembre 1998, n. 419, che prevede, tra l'altro, un sistema di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate;

Evidenziato che la normativa vigente in materia sanitaria ha introdotto l'istituto dell'accreditamento affermando la necessità di definire le caratteristiche strutturali, tecnologiche e organizzative che devono essere possedute dai soggetti che erogano prestazioni per il SSN in modo che sia garantita la qualità delle prestazioni;

Richiamato il decreto 15 ottobre 1996 recante approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione, l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie;

Richiamato il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 relativo all'approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Richiamata la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 recante norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio sociosanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione;

Richiamato il decreto 12 dicembre 2001 con il quale è stato approvato il sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria;

Richiamato il Piano sociosanitario della Valle d'Aosta per il triennio 2002-2004, approvato con legge regionale 4 settembre 2001, n. 18 il quale prevede lo sviluppo del programma qualità articolato nei livelli regionale ed aziendale, nell'ambito del capitolo denominato "La gestione della sanità";

Richiamate altresì le deliberazioni della Giunta regionale:

- n. 4021 in data 9 novembre 1998 concernente l'approvazione di indirizzi e procedure per l'accertamento e la verifica dei requisiti minimi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 nonché per l'accreditamento di strutture sanitarie pubbliche e private e di professionisti che erogano prestazioni sanitarie, ai sensi del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni;
- n. 3354 in data 17 settembre 2001 relativa all'approvazione delle modalità di esecuzione dei controlli di appropriatezza sull'utilizzo dell'ospedale (PRUO) ai sensi in particolare dell'art. 88 comma 2 della legge n. 388/2000;
- n. 2594 in data 15 luglio 2002 concernente la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) resi dal Servizio sanitario regionale ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 29 novembre 2001 e dalla legge n. 724/1994;

Ritenuto necessario dare applicazione alle disposizioni del Piano sociosanitario prevedendo l'approvazione di un Programma regionale per la qualità per il triennio 2002-2004 finalizzato alla promozione, valutazione e miglioramento continuo della qualità delle cure allo scopo di garantire alla generalità dei cittadini prestazioni sanitarie appropriate secondo i criteri della medicina basata sulle evidenze, nonché un miglioramento oggettivo del servizio erogato;

Richiamata la deliberazione della Giunta Regionale n. 5186 in data 31 dicembre 2001 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2002/2004 con l'attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati e di disposizioni applicative;

Visto il parere favorevole rilasciato dal dirigente della Direzione salute del Dipartimento Sanità, Salute e Politiche Sociali nell'ambito dell'Assessorato alla sanità, salute e politiche sociali, ai sensi del combinato disposto degli articoli 13, comma 1, lettera e) e 59, comma 2, della legge regionale n. 45/1995 sulla legittimità della presente deliberazione;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche Sociali, sig. Roberto Vicquéry;

Ad unanimità di voti favorevoli,

DELIBERA

1. di approvare il programma regionale per la qualità per il triennio 2002 – 2004, allegato alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante, ai sensi della legge regionale 4 settembre 2001, n. 18 recante approvazione del Piano sociosanitario regionale per il triennio 2002-2004;
2. di trasmettere la presente deliberazione al Direttore generale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta per l'adozione degli adempimenti di competenza.

MJ/



Assessorato sanità, salute e politiche sociali

Programma regionale per la Qualità 2002 – 2004

1. Introduzione.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale della Valle d'Aosta (PSSR) per il triennio 2002 - 2004 prevede lo sviluppo di un programma della qualità che, prendendo origine da un documento regionale di programmazione strategica volto a definire gli obiettivi generali, le priorità ed i tempi di sviluppo, coinvolga tutte le Unità Operative dell'Azienda Sanitaria ed, ancor più, la totalità delle Strutture accreditate operanti all'interno del Servizio Sanitario Regionale.

E' infatti profonda convinzione di questo Assessorato che la promozione, la valutazione ed il miglioramento continuo della qualità delle cure tutelino al meglio i cittadini garantendo sia l'affinamento delle professionalità, sia la definizione, ed il conseguente utilizzo, di strumenti diagnostico - terapeutici di provata efficacia.

Contestualmente l'applicazione abituale di analisi di appropriatezza, di processo e di risultato permetterà al Servizio Sanitario Regionale di svilupparsi ed aggiornarsi garantendo equità distributiva, efficienza operativa e sviluppo basato su prove di efficacia.

I presupposti generali obbligano ad ipotizzare un processo lento ma continuo, capace di interessare tutte le aree di attività e di integrarle trasversalmente per garantire una migliore continuità delle cure; questa necessità, insieme alla ricerca dell'appropriatezza dei profili di diagnosi e cura, appare essere fondamentale e prioritaria.

Il bisogno di definire percorsi metodologicamente rigorosi e standard omogenei, condivisi e raggiungibili, impone altresì che il processo di promozione e valutazione continua della qualità si articoli su più livelli coerenti tra loro per finalità e metodologia e quindi, considerata la relativa novità delle tematiche, occorre prevedere un momento formativo ed organizzativo, temporalmente congruo, volto sia alla definizione del necessario supporto organizzativo regionale ed aziendale sia all'acquisizione delle necessarie competenze specifiche.

Rifacendosi rigorosamente al PSSR 2002 - 2004 sono di seguito richiamate le finalità generali e gli strumenti operativi scelti a livello di pianificazione strategica e di ogni singolo obiettivo specifico è stata declinata la sequenza operativa di competenza sia regionale sia aziendale.

Sono stati altresì definiti gli standard ritenuti raggiungibili a condizione che, negli organigrammi degli Enti interessati sia raggiunto l'obiettivo di assegnare a questa specifica funzione professionalità dedicate.

1.1. Finalità generali.

- Miglioramento della qualità dell'offerta.
- Aumento dell'appropriatezza delle cure e dei profili di cura.
- Elevazione dei livelli di percezione della qualità.
- Miglioramento delle capacità di monitoraggio e valutazione dei risultati complessivi, (sanitari, sociali ed economici).
- Coinvolgimento capillare, diffuso e trasversale del personale.

1.2. Strumenti operativi.

- Sviluppo di attività di promozione della qualità in tutte le strutture pubbliche ed accreditate.
- Sviluppo di esperienze di valutazione dei servizi.
- Finalizzazione prevalente delle iniziative di ricerca al miglioramento della qualità.
- Organizzazione all'interno di ciascuna struttura sanitaria di iniziative di revisione ed autovalutazione della pratica assistenziale anche attraverso l'utilizzo di percorsi diagnostici e terapeutici.
- Coerenza delle iniziative di miglioramento della qualità con le iniziative di miglioramento della sicurezza.
- Riconoscimento della partecipazione attiva del personale e del Volontariato alle iniziative di valutazione e miglioramento continuo della qualità.
- Adozione di un sistema incentivante esplicito, condiviso, finalizzato al raggiungimento di obiettivi di ricerca dell'appropriatezza e del miglioramento della qualità.

2. Pianificazione e standard.

2.1. Obiettivi generali.

2.1.1. Livello Regionale.

Anno 2002

Costituzione di un **Gruppo di Lavoro Qualità (GLQ)** Regionale, trasversale ai principali settori dell'Assessorato.

Standard:

- ◆ *Redazione entro un mese dalla costituzione del regolamento interno che preveda anche forme di integrazione con il livello aziendale per lo svolgimento di attività comuni.*
- ◆ *Redazione del programma di formazione interna, a valenza annuale, che preveda almeno un momento formativo comune con l'Azienda sul tema della promozione di base del MCQ (**M**iglioramento **C**ontinuo della **Q**ualità).*

Anno 2003

Inizio dell'attività di monitoraggio delle iniziative da parte del **GLQ**.

- ◆ *Definizione di una griglia di valutazione per il monitoraggio delle iniziative di MCQ presenti in ambito sanitario regionale.*
- ◆ *Definizione di un programma di monitoraggio delle attività di MCQ che definisca standard di accettabilità (qualitativa e temporale), criteri di valutazione, tempi e metodologia di verifica e che preveda la valutazione dei programmi di qualità delle principali strutture sanitarie esistenti sul territorio.*
- ◆ *Predisposizione della relazione annuale sullo stato di applicazione del Programma Qualità regionale.*

Anno 2004

Prosecuzione dell'attività del Gruppo di Lavoro Qualità (GLQ) regionale.

Standard:

- ◆ *Redazione del programma di lavoro annuale entro il mese di gennaio.*
- ◆ *Redazione del programma di formazione interna a valenza annuale.*
- ◆ *Sviluppo di un progetto volto alla archiviazione e diffusione delle*

principali attività di MCQ regionali.

- ◆ *Prosecuzione delle attività di verifica, valutazione e coordinamento delle attività svolte dalle strutture di erogazione di servizio insistenti sul territorio regionale.*
- ◆ *Predisposizione della relazione annuale sullo stato di applicazione del Programma Qualità regionale.*

2.1.2. Livello Aziendale.

Anno 2002

Costituzione dell'Ufficio Qualità.

Standard:

- ◆ *Costituzione entro un mese dal recepimento del presente piano esecutivo.*
- ◆ *Redazione entro un mese dalla costituzione del regolamento interno.*
- ◆ *Redazione del programma di formazione interna, a valenza annuale per l'anno 2003.*
- ◆ *Avvio processo di formazione del personale.*

Anno 2003

Piena operatività dell'Ufficio Qualità.

Standard:

- ◆ *Redazione del programma di formazione dei referenti delle Unità Budgetarie (UB) e dei referenti delle Commissioni multidisciplinari permanenti o gruppi di lavoro professionali.*
- ◆ *Recepimento della griglia di valutazione e descrizione delle iniziative di MCQ presenti in ambito aziendale; successiva applicazione del programma di monitoraggio.*
- ◆ *Redazione del piano esecutivo in applicazione delle indicazioni programmatiche contenute al punto "Ufficio Qualità" del Programma Qualità contenuto nel PSSR vigente.*
- ◆ *Applicazione delle attività previste dal piano esecutivo aziendale per la qualità per l'anno 2003.*

In questa Sezione vengono puntualmente ripresi gli obiettivi specifici declinati dal PSSR 2002 - 2004 alla Sezione "Programma Qualità" declinando nel tempo le azioni previste per il livello sia regionale sia aziendale.

2.2. Obiettivi specifici.

2.2.1. Migliorare la qualità dell'offerta.

2.2.1.1. Livello Regionale.

Anno 2002

Avanzamento del programma attuativo del sistema di accreditamento per le strutture ospedaliere e per tutti i presidi che erogano prestazioni sanitarie.

Standard:

- ◆ *Definizione entro due mesi dal recepimento del presente piano esecutivo di un gruppo di lavoro, regionale ed aziendale, a cui affidare il mandato di sviluppare il manuale di valutazione dei requisiti di accreditamento (manuale di accreditamento) delle strutture sanitarie ed i relativi strumenti operativi.*

Anno 2003

Sperimentazione del sistema di accreditamento per le strutture ospedaliere e per tutti i presidi che erogano prestazioni sanitarie e relativa formazione.

Standard:

- ◆ *Definizione entro l'anno del manuale relativo ai requisiti generali del manuale di accreditamento.*
- ◆ *Definizione ed applicazione di un piano di formazione specifico rivolto agli operatori dedicati ai settori accreditamento.*
- ◆ *Avvio dell'applicazione sperimentale del manuale di valutazione dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie ed i relativi strumenti operativi relativo ai requisiti generali e requisiti generali aggiuntivi previsti dalla deliberazione della Giunta regionale n. 4021 in data 9 novembre 1998.*

Anno 2004

Consolidamento del sistema di accreditamento per le strutture ospedaliere e per tutti i presidi che erogano prestazioni sanitarie.

Standard:

- ◆ *Valutazione degli strumenti informatici ed informativi posti in essere.*
- ◆ *Definizione entro l'anno dei criteri e delle necessità di sviluppo degli strumenti informativi ed informatici necessari alla valutazione dell'istanza di accreditamento riguardante i requisiti minimi strutturali e tecnologici generali e specifici.*

2.2.1.2. Livello Aziendale.

Anno 2002

Avanzamento del programma attuativo del sistema di accreditamento.

Standard:

- ◆ *Partecipazione al gruppo di lavoro previsto dal punto 2.2.1.1.*
- ◆ *Definizione di un piano di formazione degli operatori delegati dalle singole unità operative.*

Anno 2003

Consolidamento del sistema di accreditamento.

Standard:

- ◆ *Conferma nella partecipazione al gruppo di lavoro di cui al punto 2.2.1.1.*
- ◆ *Avvio della sperimentazione del manuale di accreditamento su almeno due UU.BB..*

Anno 2004

Applicazione del sistema di accreditamento.

Standard:

- ◆ *Conferma nella partecipazione al gruppo di lavoro di cui al punto 2.2.1.1. per la valutazione dei risultati della sperimentazione.*
- ◆ *Estensione della sperimentazione del manuale di accreditamento alle altre UU.BB..*
- ◆ *Presentazione dell'istanza di accreditamento prevista dai punti 13 e 14 della deliberazione della Giunta regionale n. 4021 in data 9 novembre 1998.*

Si ritiene importante fare seguire le iniziative di accreditamento all'eccellenza al processo di avvio e di consolidamento del processo di accreditamento istituzionale. Si ritiene comunque opportuno dare mandato al livello sia regionale sia aziendale di avviare la promozione di iniziative che concretamente perseguano l'obiettivo dell'accreditamento all'eccellenza.

2.2.2. Migliorare l'appropriatezza delle cure.

2.2.2.1. Livello Regionale.

Anno 2002

Monitoraggio dell'appropriatezza dell'utilizzo dei livelli essenziali di assistenza.

Standard:

- ◆ *Redazione di un documento valutativo della sperimentazione avviata rispetto all'uso appropriato delle strutture di ricovero per acuti tramite l'utilizzo del PRUO (Protocollo di Revisione sull'Uso dell'Ospedale).*
- ◆ *Individuazione di indicatori omogenei per la raccolta dei dati relativi ai livelli assistenziali che ne permetta il confronto ed il miglioramento in base ai criteri di efficacia.*

Standard:

- ◆ *Avvio del sistema di monitoraggio delle attività sanitarie tramite indicatori, già redatto ed in fase di verifica tecnica collegiale, da cui estrapolare un panel di informazioni necessario alla valutazione del soddisfacimento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e dell'appropriatezza del loro utilizzo.*

Anno 2003

Monitoraggio dell'appropriatezza dell'utilizzo dei livelli essenziali di assistenza.

Standard:

- ◆ *Redazione di un documento valutativo relativo all'andamento dei livelli di inappropriata rilevati tramite l'uso del PRUO (Protocollo di Revisione sull'Uso dell'Ospedale) negli anni 2001 e 2002.*

Individuazione di indicatori omogenei locali per la raccolta dei dati relativi ai livelli assistenziali che ne permetta il confronto ed il miglioramento in base ai criteri di efficacia.

Standard:

- ◆ *Redazione di un documento relativo all'andamento dei livelli di appropriatezza sull'uso dei LEA ed elaborazione di una campagna informativa agli utenti relativa ai risultati riscontrati ed agli eventuali elementi di correzione. Tali iniziative dovranno essenzialmente coinvolgere l'area territoriale.*

Anno 2004

Campagne di educazione dei cittadini per un miglior uso dei livelli di assistenza offerti dal servizio socio sanitario regionale.

Standard:

- ◆ *Realizzazione di iniziative di informazione e formazione (almeno una indirizzata a larghe fasce di popolazione) riguardanti i risultati del monitoraggio e gli eventuali correttivi ritenuti necessari, validi ed efficaci.*

2.2.2.2. Livello Aziendale.

Anno 2002

Monitoraggio dell'appropriatezza dell'utilizzo dei livelli essenziali di assistenza.

Standard:

- ◆ *Piena applicazione della sperimentazione avviata rispetto all'uso appropriato delle strutture di ricovero per acuti tramite l'utilizzo del PRUO (Protocollo di Revisione sull'Uso dell'Ospedale) secondo le modalità contenute nelle note regionali approvate.*

Utilizzo di indicatori omogenei locali per la raccolta dei dati relativi ai livelli assistenziali che ne permetta il confronto ed il miglioramento in base ai criteri di efficacia.

Standard:

- ◆ *Applicazione, non appena pervenuto, del sistema di monitoraggio delle attività sanitarie tramite indicatori, già redatto ed in fase di verifica tecnica collegiale, da cui estrapolare un panel di informazioni necessario alla valutazione del soddisfacimento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e dell'appropriatezza del loro utilizzo; a livello Aziendale sarà necessario approfondire, con opportune stratificazioni dei dati, i processi di cura ed i profili di cura utilizzati.*

Anno 2003

Monitoraggio dell'appropriatezza dell'utilizzo dei livelli essenziali di assistenza.

Standard:

- ◆ *Applicazione anche per l'anno 2003 del PRUO (Protocollo di Revisione sull'Uso dell'Ospedale) secondo le modalità concordate con il livello regionale.*

Individuazione di indicatori omogenei locali per la raccolta dei dati relativi ai livelli assistenziali che ne permetta il confronto ed il miglioramento in base ai criteri di efficacia.

Standard:

- ◆ *Prosecuzione del sistema di monitoraggio delle attività sanitarie tramite indicatori, già redatto ed in fase di verifica tecnica collegiale, da cui estrapolare un panel di informazioni necessario alla valutazione del soddisfacimento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e dell'appropriatezza del loro utilizzo; a livello Aziendale sarà necessario approfondire, con opportune stratificazioni dei dati, i processi di cura ed i profili di cura utilizzati.*
- ◆ *Collaborazione con il livello regionale nella valutazione dei risultati riscontrati e nella implementazione di eventuali elementi correttivi.*
- ◆ *Implementazione di momenti trasversali (ospedale e territorio) di monitoraggio dei livelli di appropriatezza.*

Campagne di educazione dei cittadini per un miglior uso dei livelli di assistenza offerti dal servizio socio sanitario regionale.

Standard:

- ◆ *Coinvolgimento diretto nelle iniziative regionali relative alla socializzazione dei risultati del monitoraggio e degli eventuali correttivi ritenuti necessari.*

2.2.3. Linee guida orientate per patologia secondo i criteri della medicina basata sulle evidenze.

2.2.3.1. Livello Regionale.

Anno 2002

Coordinamento nell'attività di definizione di linee guida.

Standard:

- ◆ *Allestimento di serie di incontri, volti alla scelta delle priorità da inserire nel programma di sviluppo biennale secondo i criteri generali esplicitati nel relativo capitolo del PSSR.*
- ◆ *Coinvolgimento delle Società Scientifiche più rappresentative, degli Ordini professionali e di almeno una Associazione di tutela degli Utenti.*

Prosecuzione della partecipazione al progetto nazionale per la definizione di criteri e linee guida.

Standard:

- ◆ *Partecipazione ai lavori del Progetto Nazionale ex articolo 12 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni inerente la "Sperimentazione di strumenti per l'implementazione di linee guida nel Servizio Sanitario Nazionale".*

Anno 2003

Validazione organizzativa e programmatica delle linee guida prodotte.

Standard:

- ◆ *Valutazione ed espressione della validazione entro due mesi dalla presentazione dei lavori.*

2.2.3.2. Livello Aziendale.

Anno 2002

Partecipazione alle attività di coordinamento regionale.

Standard:

- ◆ *Partecipazione agli incontri organizzati di coordinamento volti alla scelta delle priorità da inserire nel programma di sviluppo biennale secondo i criteri generali contenuti esplicitati nel relativo capitolo del PSSR.*
- ◆ *Predisposizione dei documenti di analisi, redatti secondo quanto richiesto dai criteri generali necessari alla definizione di modalità e*

contenuti dei profili assistenziali.

Formazione dipartimentale.

Standard:

- ◆ *Organizzazione di un momento formativo sui principi fondamentali della evidenza scientifica.*
- ◆ *Coinvolgimento di tutti i dipartimenti ospedalieri, dei distretti, del dipartimento di prevenzione.*

Anno 2003

Elaborazione delle linee guida.

Standard:

- ◆ *Elaborazione di almeno tre linee guida e relativi profili assistenziali per dipartimento secondo i criteri concordati nei lavori a livello regionale.*
- ◆ *Elaborazione di tre profili assistenziali integrati tra ospedale e territorio.*

2.2.4. Indirizzi per l'uso appropriato dei livelli assistenziali.

2.2.5. Monitoraggio dell'appropriatezza dell'utilizzo dei livelli essenziali.

Lo sviluppo del Piano Qualità regionale rispetto agli obiettivi specifici 2.2.4. e 2.2.5. rientra in quanto previsto dai punti 2.2.2. riguardo ai livelli di assistenza e 2.2.3. rispetto alle linee guida.

2.2.6. Elevare il livello di qualità percepita

2.2.6.1. Livello Regionale.

Anno 2003

Attività propedeutica alla predisposizione della Carta dei servizi sociosanitari.

Standard:

- ◆ *Confronto con le Associazioni di tutela rispetto ai bisogni informativi ed alle modalità di informazione e divulgazione delle informazioni.*

- ◆ *Confronto con le principali Società Scientifiche e gli Ordini Professionali rispetto ai bisogni informativi.*
- ◆ *Comunicazione dei risultati del confronto con gli erogatori di servizio sociosanitario.*

Anno 2004

Predisposizione della Carta dei servizi sociosanitari.

Standard:

- ◆ *Attività di acquisizione delle fonti informative relative ai soggetti erogatori di prestazioni sociosanitarie.*
- ◆ *Attività di verifica ed omogeneizzazione delle fonti.*
- ◆ *Elaborazione del documento di sintesi necessario per la predisposizione della Carta dei servizi sociosanitari.*
- ◆ *Elaborazione della Carta dei servizi sociosanitari.*
- ◆ *Presentazione e distribuzione del documento.*

2.2.6.2. Livello Aziendale.

Anno 2003

Aggiornamento della Carta dei servizi sanitari.

Standard:

- ◆ *Recepimento delle indicazioni provenienti dalle indagini sulla qualità percepita.*
- ◆ *Aggiornamento della Carta dei servizi sanitari.*

2.2.7. Le indagini partecipate per la rilevazione della qualità percepita.

2.2.7.1. Livello Regionale.

Anno 2003

Attività propedeutica alla predisposizione dell'indagine.

Standard:

- ◆ *Confronto con l'Azienda, le strutture accreditate, le Associazioni di tutela, riguardo ai bisogni informativi ed alle modalità di informazione e divulgazione.*
- ◆ *Confronto con le principali Società Scientifiche e con gli Ordini Professionali rispetto ai bisogni informativi.*
- ◆ *Elaborazione e diffusione del documento conclusivo riguardante le modalità organizzative, gli attori interessati, i risultati attesi e le modalità di verifica.*

Anno 2004

Attività di coordinamento e verifica dei risultati.

2.2.7.2. Livello Aziendale

Anno 2003

Attività propedeutica alla predisposizione dell'indagine.

Standard:

- ◆ *Consultazione delle Unità operative rispetto alla disponibilità, ai bisogni informativi, alle modalità di svolgimento ottimali ed alle eventuali criticità.*
- ◆ *Individuazione delle Unità budgetarie interessate.*
- ◆ *Formazione ed informazione rispetto al piano operativo ed al coinvolgimento delle Associazioni di tutela e volontariato.*

Anno 2004

Svolgimento dell'indagine.

Standard:

- ◆ *Effettuazione dell'indagine.*
- ◆ *Elaborazione dei dati.*
- ◆ *Diffusione dei risultati.*

2.2.8. Progetti tematici.

2.2.8.1. Livello Aziendale.

Anno 2003

Implementazione dei progetti tematici.

Standard:

- ◆ *Sviluppo di almeno i seguenti progetti tematici: controllo del dolore, umanizzazione del parto, l'alimentazione in ospedale, l'ospedale senza fumo.*

Anno 2004

Implementazione dei progetti tematici.

Standard:

- ◆ *Sviluppo del progetto tematico la qualità della documentazione clinica.*