

I requisiti dell'accreditamento

Per ogni requisito è indicata l'area della governance clinica a cui corrisponde:

 Centralità della persona

 Efficacia

 Efficienza

 Tempestività

 Sicurezza

 Equità

Requisiti di processo specifici RIABILITAZIONE

Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
5.1.RIAB.1 APPROPRIATEZZA CLINICA I pazienti eleggibili alle varie modalità vengono identificati attraverso una corretta valutazione secondo criteri di provata efficacia 	6	Protocolli specifici per le diverse tipologie di percorso EVIDENZA SUGGERITA E' previsto il coinvolgimento attivo del paziente nella costruzione del progetto riabilitativo	Percentuale di pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile	Numero pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile	Totale pazienti in carico
		EVIDENZA SUGGERITA Sono adottati programmi di riabilitazione preoperatoria per i casi eleggibili			
		EVIDENZA SUGGERITA Il bisogno riabilitativo post-chirurgico viene valutato a partire dalla fase di preospedalizzazione			
		Altro			
6.1.RIAB.1 APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA RIABILITAZIONE OSPEDALIERA Viene attuata una stratificazione del bisogno appropriata 	6	Monitoraggio dell'attivazione precoce dell'intervento riabilitativo	Percentuale di pazienti per i quali viene attivato tempestivamente l'intervento riabilitativo precoce post chirurgico nei casi eleggibili	Numero di pazienti con inizio precoce della riabilitazione post-chirurgica secondo criteri di appropriatezza	Numero di pazienti eleggibili
		Monitoraggio dell'appropriatezza del setting ospedaliero	Percentuale di pazienti ammessi a percorsi riabilitativi ospedalieri che presentano comorbilità ed instabilità clinica	Numero pazienti ammessi al codice 56 con comorbilità ed instabilità clinica	Totale pazienti ammessi al codice 56
		Monitoraggio dei ricoveri ordinari in codice 56 in continuità col ricovero precedente	Percentuale di ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno	Numero di ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti una dimissione nello stesso giorno x 100	Numero di ricoveri in codice 56
		Monitoraggio dei trasferimenti non programmati in un reparto per acuti	Percentuale di pazienti trasferiti non programmati in reparto per acuti	Numero di pazienti trasferiti non programmati in un reparto per acuti	Numero di ricoveri in codice 56
		Altro			

Requisiti di processo specifici RIABILITAZIONE

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.RIAB.2 APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA RIABILITAZIONE EXTRAOSPEDALIERA Viene attuata una stratificazione del bisogno appropriata 	6	Monitoraggio dell'appropriatezza del setting extra-ospedaliero	Percentuale di pazienti ammessi nel percorso riabilitativo extra ospedaliero che risultano a bassa complessità clinica	Numero pazienti a bassa complessità clinica ammessi a percorsi riabilitativi extra ospedalieri	Totale pazienti ammessi a percorsi riabilitativi extra ospedalieri
			Monitoraggio dei ricoveri in urgenza di pazienti dimessi da ospedale e gestiti in setting di riabilitazione extraospedaliero	Percentuale di pazienti dimessi dall'ospedale ed in riabilitazione extraospedaliera che effettuano un altro episodio di ricovero urgente (da PS) entro 30 giorni	Numero di reingressi	Totale pazienti in carico
			Altro			
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.RIAB.3 SISTEMI DI VALUTAZIONE Vengono utilizzati sistemi di classificazione e valutazione validati 	8	Adozione ed utilizzo di sistemi di classificazione e valutazione validati e adatti a misurare in termini quantitativi gli obiettivi riabilitativi	Percentuale di pazienti sottoposti a valutazione clinica all'ingresso e all'uscita	Numero di pazienti a cui viene eseguita la valutazione	Numero pazienti ricoverati
			Adozione ed utilizzo durante l'attività riabilitativa di sistemi di monitoraggio delle possibili complicanze			
			EVIDENZA SUGGERITA La valutazione comprende anche misure della qualità di vita secondo questionari validati (SF36, EOQL, CIQ)			
Altro						
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.RIAB.4 EFFICACIA DELLA RIABILITAZIONE I percorsi riabilitativi programmati sono efficaci 	6	Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi terapeutici	Percentuale di pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo	Numero pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi	Numero pazienti con progetto riabilitativo
			EVIDENZA SUGGERITA Audit per la discussione dei dati su risultati ottenuti in termini di efficacia			
			Altro			

Requisiti di processo specifici RIABILITAZIONE

Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
---------------------	------	----------	------------	------------	--------------

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI

6.1.RIAB.2

CONTINUITA' ASSISTENZIALE DOPO LA RIABILITAZIONE
Alla dimissione dal percorso riabilitativo i pazienti, se necessario, vengono correttamente indirizzati alle risposte di continuità



4	Monitoraggio dei pazienti presi in carico dalle strutture di continuità	Percentuale di soggetti con bisogni socio assistenziali aperti alla dimissione del percorso riabilitativo che vengono presi in carico	Numero pazienti presi in carico	Totale pazienti che alla dimissione del percorso riabilitativo presentano bisogni socio assistenziali aperti
Altro				

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI

6.1.RIAB.3

CONTINUITA' DEL PERCORSO RIABILITATIVO
Viene correttamente gestito il passaggio del paziente ad altro setting riabilitativo laddove vi siano bisogni ancora aperti



4	Monitoraggio dei pazienti avviati al proseguimento del percorso riabilitativo in altro setting	Percentuale di pazienti ai quali sono state date indicazioni scritte in merito al proseguimento del programma riabilitativo, se ritenuto opportuno, in diverso setting		
	Monitoraggio degli interventi di educazione specifica del paziente	Percentuale di pazienti per i quali sono stati realizzati interventi di educazione specifica	Numero di interventi documentati di educazione del paziente	Numero di pazienti eleggibili
EVIDENZA SUGGERITA				
Viene redatta e consegnata al paziente la relazione di dimissione fisioterapica				
Altro				

Requisiti di processo specifici SALUTE MENTALE

	Requisito specifico	Peso*	Peso**	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	6.1.SM.1 INGRESSO NEL PERCORSO Sono definite e verificate le modalità di accesso al sistema dei servizi per la salute mentale 			Rilevazione dei pazienti per modalità di accesso 2 Discussione dei dati relativi le modalità di accesso al sistema dei servizi per la salute mentale Altro	Percentuale di pazienti presenti nelle modalità di: consulenza, valutazione complessa, assunzione in cura, presa in carico	Numero di pazienti valutati per singola modalità	Numero totale pazienti valutati
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.1 PTRI Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è redatto in maniera completa 			Monitoraggio della presenza nel PTRI di: diagnosi, valutazione del paziente, risorse individuali / familiari / sociali, aree di intervento prioritarie, obiettivi da raggiungere, modalità e tempi di valutazione degli obiettivi, tipologia di trattamento utilizzato, consenso dell'utente (o di chi ne esercita legalmente l' rappresentanza), case manager e, nel caso di un paziente "preso in carico", dell'equipe multiprofessionale di riferimento e del responsabile del percorso di cura 5 EVIDENZA SUGGERITA I criteri di ammissione e dimissione per i pazienti eligibili ai diversi percorsi riabilitativi e socio sanitari sono esplicitati e monitorati, compresi i progetti per l'inserimento lavorativo in collaborazione con gli enti locali Altro	Percentuale di progetti terapeutici che rispondono ai criteri di qualità predefiniti	Numero di progetti terapeutici che rispondono ai criteri di qualità predefiniti	Numero di progetti terapeutici redatti

Peso* = peso struttura terapeutico-riabilitativa e/o socio-sanitaria Peso** = peso centro salute mentale

Requisiti di processo specifici SALUTE MENTALE

	Requisito specifico	Peso*	Peso**	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.2 CONTINUITA' DEL PERCORSO DI CURA Viene assicurata la continuità del percorso di cura nel passaggio tra setting diversi 	10		Il percorso individuale all'interno della struttura terapeutico riabilitativa e/o socio sanitaria è redatto adeguatamente in riferimento al PTRI ed alla missione della struttura	Percentuale di percorsi adeguati	Numero di percorsi individuali adeguati	Numero utenti inseriti nelle strutture
				Altro			
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.3 MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA DI TRATTAMENTO Il trattamento in strutture terapeutico riabilitative e socio riabilitative è oggetto di verifiche periodiche 	4	4	Monitoraggio delle verifiche dei programmi di trattamento	Percentuale di verifiche effettuate, su base almeno semestrale, da parte dei responsabili del PTRI	Numero di verifiche attuate	Numero di verifiche programmate
				Altro			
GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	3.1.SM.1 MONITORAGGIO PROGETTO TERAPEUTICO Viene valutato l'andamento dei casi in relazione allo specifico progetto terapeutico 	4		Monitoraggio dei progetti terapeutici dei pazienti in carico	Percentuale di pazienti in carico con valutazione periodica almeno semestrale	Numero di pazienti in carico con valutazione periodica	Numero totale di pazienti in carico
				Altro			

Requisiti di processo specifici SALUTE MENTALE

	Requisito specifico	Peso*	Peso**	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.4 TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO I dati relativi ai TSO sono conosciuti e discussi 		3	Monitoraggio dei casi di TSO in soggetti adulti <hr/> Discussione dei dati relativi il tasso di TSO	Tasso di TSO relativo ai pazienti adulti seguiti dal Dipartimento Salute Mentale (presa in carico o assunzione in cura)	Numero di TSO in pazienti adulti seguiti dal Dipartimento Salute Mentale	Numero di pazienti adulti seguiti dal Dipartimento Salute Mentale (presa in carico o assunzione in cura)
	5.1.SM.5 BRIEFING I casi sono discussi regolarmente da parte dell'equipe multiprofessionale 	8	3	Riunione settimanale di équipe multiprofessionale per la discussione dei casi <hr/> Altro			
	5.1.SM.6 CONTENZIONE IN STATO DI NECESSITA' La contenzione in stato di necessità (art.54 cpp) è effettuata in presenza di motivazione cogente e con modalità appropriate 	3	4	Monitoraggio delle contenzioni in stato di necessità effettuate e delle segnalazioni di necessità di contenzione <hr/> Svolgimento di un audit con gli operatori coinvolti a seguito di ogni evento di contenzione in stato di necessità o segnalazione di necessità di contenzione			

Peso* = peso struttura terapeutico-riabilitativa e/o socio-sanitaria Peso** = peso centro salute mentale

Requisiti di processo specifici SALUTE MENTALE

	Requisito specifico	Peso*	Peso**	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	6.1.SM.2 TRANSIZIONE TRA SERVIZI ETA' EVOLUTIVA E ADULTI E' assicurata la presa in cura dai servizi dell'età adulta dei soggetti seguiti dai servizi SMIA con modalità adeguate 			Monitoraggio delle modalità di gestione dei casi di transizione dei pazienti segnalati prima della maggiore età 2 Discussione dei dati sul protocollo di transizione SMIA-SMA	Percentuale di riunioni congiunte SMIA e SMA	Numero di pazienti per i quali è stata effettuata una riunione congiunta	Numero di pazienti per i quali è appropriata la prosecuzione presso una struttura SMA
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.7 DOPPIA DIAGNOSI Viene assicurata la valutazione multidisciplinare congiunta dei pazienti con doppia diagnosi 	2	2	Monitoraggio delle modalità di gestione dei casi di doppia diagnosi EVIDENZA SUGGERITA Audit per la discussione dei dati su gestione dei casi di doppia diagnosi Altro	Percentuale di adesione ai protocolli per le doppie diagnosi	Numero di pazienti trattati secondo protocollo	Numero di pazienti con doppia diagnosi
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.8 RIAMMISSIONI L'intervento terapeutico riabilitativo individualizzato è efficace 		3	Monitoraggio delle riammissioni EVIDENZA SUGGERITA Audit per la valutazione integrata dei dati relativi alle riammissioni Altro	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni di pazienti psichiatrici adulti dimessi da SPDC	Numero ricoveri ripetuti per pazienti residenti	Numero totale di ricoveri

Requisiti di processo specifici SALUTE MENTALE

	Requisito specifico	Peso*	Peso**	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.9 RISCHIO SUICIDIO Sono adottati strumenti di prevenzione del rischio di suicidio 	3	3	Protocolli per la prevenzione del rischio di suicidio <hr/> Monitoraggio dei tentativi di suicidio <hr/> Monitoraggio dei casi di suicidio <hr/> Audit per la valutazione integrata dei dati che riguardano i tentativi di suicidio ed i casi di suicidio <hr/> Altro	Tasso di tentativi di suicidio dei pazienti in carico al servizio di salute mentale <hr/> Tasso di suicidi dei pazienti in carico al servizio di salute mentale	Numero tentativi di suicidio <hr/> Numero suicidi dei pazienti in carico	Numero totale pazienti in carico <hr/> Numero totale pazienti in carico
RISORSE UMANE	2.2.SM.1 RISCHIO AGGRESSIONE L'organizzazione si dota di strumenti di conoscenza del rischio aggressione per pianificare azioni preventive 	5	2	Monitoraggio dei casi di aggressione agli operatori <hr/> Altro	Tasso di eventi aggressivi pericolosi	Numero di agiti aggressivi che mettono in pericolo l'incolumità di un operatore	Numero giornate di presenza degli utenti
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.SM.1 VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI La qualità del servizio viene sottoposta a valutazione da parte degli utilizzatori 	5	3	Esempi di iniziative adottate per la valutazione del servizio da parte degli utenti <hr/> Altro			

Peso* = peso struttura terapeutico-riabilitativa e/o socio-sanitaria Peso** = peso centro salute mentale

Requisiti di processo specifici DIPENDENZE PATOLOGICHE

	Requisito specifico	Peso*	Peso**	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Applicabilità
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.DIP.1 PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE Sono realizzati eventi di prevenzione e promozione della salute 	3		Rilevazione degli eventi di prevenzione e promozione della salute effettuati in coerenza con gli indirizzi della Regione Toscana				SERD
	Altro							
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.DIP.2 ACCOGLIENZA E' adottata una politica di accoglienza tesa a garantire al nuovo utente piena accessibilità alle cure 	2	4	Procedura che regola l'accoglienza, declinata e contestualizzata in ogni struttura ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale				SERD, SERD penitenziario e strutture terapeutiche per persone con dipendenze patologiche
	Altro							
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.DIP.1 VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE I nuovi utenti sono valutati tempestivamente in modo multidisciplinare 	4		Monitoraggio della valutazione multidisciplinare	Percentuale di valutazioni multidisciplinari (tossicologica, psichiatrica, psicologica e sociale) di utenti che accedono per la prima volta al SERD con diagnosi effettuata entro 30 gg dalla data di accesso	Numero di diagnosi entro 30 gg dalla data di accesso (esclusi "appoggiati" e "trasferiti")	Numero totale di nuovi utenti che accedono alla valutazione multidisciplinare	SERD e SERD penitenziario. Non si applica alle strutture terapeutiche per persone con dipendenze patologiche
	Altro							

Requisiti di processo specifici DIPENDENZE PATOLOGICHE

	Requisito specifico	Peso* Peso**	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Applicabilità
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.DIP.2 VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE NEI SERVIZI "COD" Viene effettuata una valutazione multidisciplinare tempestiva 	5	Monitoraggio della valutazione multidisciplinare nei servizi "COD"	Percentuale di utenti che riceve entro 90 gg un approfondimento diagnostico e di orientamento di trattamento	Numero di approfondimenti diagnostici e di orientamento di trattamento entro 90 gg con relazione scritta inviata ai servizi	Numero nuovi utenti che accedono al servizio COD	Strutture che erogano il servizio COD
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	6.1.DIP.3 SCREENING INFETTIVOLOGICI Vengono promosse attività di screening infettivologico per le principali patologie infettive droga-correlate 	3	Monitoraggio delle proposte di screening screening infettivologico (HIV, HCV, HBV) ad utenti con patologie droga-alcol	Percentuale di screening infettivologico proposti	Numero di proposte di screening infettivologico	Numero utenti con patologie droga-alcol correlate	
			Monitoraggio della esecuzione di screening screening infettivologico (HIV, HCV, HBV) in utenti con patologie droga-alcol	Percentuale di screening infettivologico effettuati	Numero di screening effettuati	Numero utenti con patologie droga-alcol correlate	
		Altro					

Peso* = peso SERD e altre UO/UF delle aziende sanitarie pubbliche Peso** = peso strutture terapeutiche per persone con dipendenza patologica

Requisiti di processo specifici DIPENDENZE PATOLOGICHE

Requisito specifico	Peso*	Peso**	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Applicabilità	
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.DIP.4		CONTINUITA' DEL PERCORSO DI CURA La presa in cura da parte delle strutture terapeutiche per persone con dipendenze patologiche è coerente con il progetto terapeutico 	Presenza del progetto terapeutico, redatto dal SERD e preliminare e propedeutico all'invio nella struttura, con esplicitazione di obiettivi specifici	Percentuale di utenti inseriti nelle strutture con progetto terapeutico adeguato	Numero utenti inseriti nelle strutture con progetto terapeutico adeguato	Numero utenti inseriti nelle strutture	
	5	8		Verifiche periodiche congiunte, da parte di SERD e della struttura terapeutica, del progetto e del percorso individuale	Percentuale di verifiche percorsi individuali redatti correttamente	Numero trattamenti individualizzati sottoposti almeno ogni 4 mesi a verifica	Numero trattamenti individualizzati attivati	
				Il percorso individuale è redatto in coerenza con il progetto redatto dal SERD e con la mission della struttura	Percentuale di percorsi individuali redatti correttamente	Numero di percorsi individuali redatti in coerenza con il progetto del SERD e con il progetto della struttura	Numero utenti inseriti nelle strutture	
Altro								
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.DIP.3		PERCORSO TERAPEUTICO Sono adottati strumenti di comunicazione interna che integrano tutte le informazioni sul percorso terapeutico degli utenti 	Monitoraggio della corretta compilazione della STU (applicazione livello di base della psp "scheda terapeutica unica")	Percentuale di STU correttamente compilate	Numero di STU correttamente compilate	Numero totale STU	Anche per SERT penitenziario
	5	7		Altro				
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	6.1.DIP.5		RIVALUTAZIONE PROGRAMMI TERAPEUTICI E' operativo un sistema per la corretta rivalutazione multidisciplinare dei programmi terapeutici 	Rivalutazione multidisciplinare almeno annuale del programma terapeutico per gli utenti in trattamento da almeno un anno per patologie da uso di droghe e/o alcool	Percentuale di rivalutazioni annuali degli obiettivi del programma terapeutico	Numero di utenti con rivalutazione	Numero totale di utenti in trattamento	
	4	Altro						

Requisiti di processo specifici DIPENDENZE PATOLOGICHE

	Requisito specifico	Peso* Peso**	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Applicabilità
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.DIP.4 MONITORAGGIO ASSISTENZA FARMACOLOGICA Esiste un sistema di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva 	2	Verbale di almeno due incontri annuali (uno a semestre) per l'analisi dei report periodici forniti dalla UO Farmacia per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva				SERT
			Altro				
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.DIP.5 RITENZIONE Sono messe in atto strategie per la ritenzione degli utenti in trattamento 	3	Monitoraggio dell'indice di ritenzione Indice di ritenzione degli utenti in carico per patologie da uso di droghe (dipendenza/abuso)	Numero utenti con diagnosi di patologie da uso e dipendenza da oppioidi e esiti di contatto di "presa in carico" o "inserimento in comunità terapeutica" o "inviato al MMG con PT ex art 43 DPR309/90", che hanno ricevuto almeno una prestazione nel precedente anno solare meno gli utenti con diagnosi di patologie da uso e dipendenza da oppioidi e esiti di contatto di "presa in carico" o "inserimento in comunità terapeutica" o "inviato al MMG con PT ex art 43 DPR309/90" con contatto chiuso con esito interrotto o chiuso automaticamente e non riaperto nell'anno solare	Numero utenti con diagnosi di patologie da uso e dipendenza da oppioidi e esiti di contatto di "presa in carico" o "inserimento in comunità terapeutica" o "inviato al MMG con PT ex art 43 DPR309/90", che hanno ricevuto almeno una prestazione nel precedente anno solare		
			Altro				

Peso* = peso SERD e altre UO/UF delle aziende sanitarie pubbliche Peso** = peso strutture terapeutiche per persone con dipendenza patologica

Requisiti di processo specifici DIPENDENZE PATOLOGICHE

Requisito specifico	Peso*	Peso**	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Applicabilità
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.DIP.6 RITENZIONE DEGLI UTENTI DELLE STRUTTURE TERAPEUTICHE PER PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE Sono messe in atto strategie per la ritenzione degli utenti in trattamento 		7	Monitoraggio dell'indice di ritenzione	Indice di ritenzione degli utenti delle strutture terapeutiche	Numero degli utenti che hanno interrotto la presenza nella struttura (abbandono definitivo) in tempi antecedenti rispetto alla scadenza prevista dal piano di trattamento individualizzato	Numero degli utenti accolti nella struttura
	5.1.DIP.6 REMISSIONE Esiste un sistema per il monitoraggio periodico della capacità di portare in remissione completa le patologie da uso di droghe o alcool (dipendenza/abuso) 			Audit almeno annuale interno all'equipe per l'analisi del dato relativo alla ritenzione			
5.1.DIP.6 REMISSIONE Esiste un sistema per il monitoraggio periodico della capacità di portare in remissione completa le patologie da uso di droghe o alcool (dipendenza/abuso) 			4	Monitoraggio delle remissioni complete (sec ICD 9-CM) per patologie da uso di droghe	Percentuale di utenti con diagnosi di patologie da uso di droghe (dipendenza/abuso) in remissione completa	Numero utenti in trattamento da più di un anno per patologie da uso di droghe con ultima diagnosi, registrata nell'anno precedente, riportante la remissione completa	Numero utenti in trattamento da più di un anno per patologie da uso di droghe
		Monitoraggio delle remissioni complete (sec ICD 9-CM) per patologie da uso di alcool		Percentuale di utenti con diagnosi di patologie da uso di alcool (dipendenza/abuso) in remissione completa (sec ICD 9-CM)	Numero utenti in trattamento da più di un anno per patologie da uso di alcool con ultima diagnosi, registrata nell'anno precedente, riportante la remissione completa	Numero utenti in trattamento da più di un anno per patologie da uso di alcool	
		Monitoraggio delle remissioni complete (sec ICD 9-CM) per patologie da gioco d'azzardo		Percentuale di utenti con diagnosi di patologie da gioco d'azzardo in remissione completa (sec ICD 9-CM)	Numero utenti in trattamento da più di un anno per patologie da gioco d'azzardo con ultima diagnosi, registrata nell'anno precedente, riportante la remissione completa	Numero utenti in trattamento da più di un anno per patologie da gioco d'azzardo	
EVIDENZA SUGGERITA Audit periodici relativi all'andamento delle remissioni							
		Altro					

Requisiti di processo specifici DIPENDENZE PATOLOGICHE

Requisito specifico	Peso*	Peso**	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Applicabilità
6.1.DIP.5 FOLLOW UP Sono adottate modalità per assicurare un adeguato follow up al termine del trattamento per patologie da uso di droghe e/o alcool (dipendenza/abuso) 	3	5	Monitoraggio delle proposte di follow up per patologie da uso di droghe e/o alcool	Percentuale di utenti che hanno terminato il trattamento per patologie da uso di droghe e/o alcool nell'anno solare precedente a cui è stato proposto il follow up entro 6 mesi	Numero di utenti a cui è stato proposto il follow up	Numero di utenti che hanno terminato il trattamento per patologie da uso di droghe e/o alcool nell'anno solare precedente	
			Monitoraggio dei follow up attivati per patologie da uso di droghe e/o alcool	Percentuale di follow up effettuati rispetto alle proposte	Numero di follow up effettuati entro 6 mesi dalla proposta in utenti con patologie da uso di droghe e/o alcool	Numero di utenti con patologie da uso di droghe e/o alcool con follow up proposto al termine del trattamento	
			Monitoraggio delle proposte di follow up per patologie da gioco d'azzardo	Percentuale di utenti che hanno terminato il trattamento per patologie da gioco d'azzardo e/o tabagismo nell'anno solare precedente a cui è stato proposto il follow up entro 6 mesi.	Numero di utenti a cui è stato proposto il follow up	Numero di utenti che hanno terminato il trattamento per patologie da gioco d'azzardo e/o tabagismo nell'anno solare precedente	
			Monitoraggio dei follow up effettuati per patologie da gioco d'azzardo e/o tabagismo	Percentuale di follow up effettuati entro 6 mesi per utenti con patologie da gioco d'azzardo e/o tabagismo a cui è stato proposto il follow up al termine del trattamento	Numero di follow up effettuati	Numero di utenti con patologie da gioco d'azzardo e/o tabagismo con follow up proposto al termine del trattamento	
			Monitoraggio dei colloqui di follow up effettuati a conclusione del percorso in comunità	Percentuale di utenti che hanno concluso il percorso in comunità che ricevono un colloquio di follow up entro 12 mesi dalla conclusione del percorso	Numero di colloqui di follow up	Numero di utenti che hanno concluso il percorso in comunità	Strutture terapeutiche per persone con dipendenze patologiche:
			Verbale di un audit almeno annuale per l'analisi dei dati del follow up				
Altro							

Requisiti di processo specifici DIPENDENZE PATOLOGICHE

Requisito specifico	Peso*	Peso**	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Applicabilità
---------------------	-------	--------	----------	------------	------------	--------------	---------------

PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

4.1.DIP.1

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI

La qualità del servizio viene sottoposta a valutazione da parte degli utilizzatori



2

4

Rilevazione delle valutazioni del servizio da parte degli utenti

Altro

Requisiti di processo specifici AMBULATORIALE (OUTPATIENT)

Requisito specifico	Lab	Rad	Spec	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
---------------------	-----	-----	------	----------	------------	------------	--------------

Il processo ambulatoriale outpatient definisce i requisiti specifici di accreditamento per tutte le attività diagnostiche, terapeutiche e d assistenziali erogate in setting ambulatoriali, ad eccezione di quelle attività che sono già comprese nell'ambito degli altri "processi" (es. visita ambulatoriale per arruolamento processo chirurgico; preospedalizzazione; follow up; diagnostica per il paziente ricoverato ecc.)

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi

6.1.AMB.1

MODALITA' DI ACCESSO
Esiste una strategia ed un insieme di azioni tese a garantire l'accessibilità, nei tempi dovuti



				Presenza di modalità di accesso differenziate per primo accesso, controllo, follow up			
8	8	13		Agende con tempi di durata della visita/ prestazione diversificati in base alle caratteristiche della prestazione			
				Presenza di percorsi organizzativi diversificati (es. consulenza, percorso ambulatoriale, percorso ambulatoriale complesso, day service ambulatoriale) attivabili direttamente dopo il primo accesso			
				Altro			

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE

5.1.AMB.1

PRESCRIZIONI
Esiste una strategia per il miglioramento della qualità delle prescrizioni



5				Registrazione (su RIS ovvero scheda ambulatoriale) della verifica di appropriatezza	Percentuale di verifiche registrate	Numero di prescrizioni complete di verifica di appropriatezza	Numero totale prescrizioni
				EVIDENZA SUGGERITA Viene rilevata la presenza di chiara e completa motivazione nella richiesta di prestazione per fornire feed back ai soggetti invianti			
				Altro			

Requisiti di processo specifici AMBULATORIALE (OUTPATIENT)

Requisito specifico	Lab	Rad	Spec	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
---------------------	-----	-----	------	----------	------------	------------	--------------

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI

6.1.AMB.2

REFERTAZIONE

L'esito delle prestazioni e fornito con modalità e tempi adeguati



				Rilevazione dei tempi di consegna del referto/relazione clinica			
				3 Audit periodici per l'analisi dei tempi di consegna e individuazione della azioni correttive			
10	7			Revisione costante della completezza e qualità del referto prodotto	Percentuale di refertii correttamente compilati, ottimizzata a a partire dal monitoraggio puntuale dei referti di almeno il 5% delle prestazioni effettuate (rappresentativo per tutte le tipologie di prestazioni)	Numero referti compilati correttamente	Numero totale referti
				EVIDENZA SUGGERITA Sono definiti e monitorati i criteri di qualità della relazione clinica ambulatoriale			
				Altro			

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE

5.1.AMB.2

CONTROLLO QUALITA'

I servizi di laboratorio e di diagnostica per immagini adottano sistemi di controllo qualità specifici



				Protocolli con le modalità di validazione dei risultati strumentali			
				Rilevazione delle modalità di abbinamento utente/campione/Immagine			
				Registrazione dei controlli routinari effettuati sulle apparecchiature diagnostiche			
10	10			EVIDENZA SUGGERITA Monitoraggio della dose erogata per prestazioni TC e mammografia			
				Altro			

Requisiti di processo specifici AMBULATORIALE (OUTPATIENT)

Requisito specifico	Lab	Rad	Spec	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
6.1.AMB.3 GESTIONE DELLA CAPACITA' E' definito e messo in atto un insieme di azioni coerenti per l'efficienza del processo nella fase precedente l'erogazione della prestazione 	6	5	5	Monitoraggio delle prestazioni non eseguite per cause interne (es. guasto apparecchiature, difetto del sistema di gestione dei dati, difetto di preparazione paziente ecc.)	Percentuale di prestazioni non eseguite per cause interne	Numero di prestazioni richieste e non eseguite per cause interne	Numero totale di prestazioni richieste
				Monitoraggio delle prestazioni non eseguite per cause esterne (incongruita' richiesta, utente non pervenuto ecc.)	Percentuale di prestazioni non eseguite per cause esterne	Numero di prestazioni richieste e non eseguite per cause esterne	Numero totale di prestazioni richieste
				EVIDENZA SUGGERITA Sistemi di costruzione delle agende che consentono il riallineamento quotidiano della capacità rispetto alla domanda			
				EVIDENZA SUGGERITA Sistemi di remind e di reinserimento in prenotabilità immediata a seguito di cancellazioni			
				EVIDENZA SUGGERITA Audit periodico per la valutazione dei dati di efficienza del processo			
				Altro			
5.1.AMB.3 ALLERTA PER RISULTATI CRITICI I risultati critici sono trasmessi tempestivamente 	6	5	7	Modalità per la trasmissione tempestiva dell'esito in caso di valori/resultati critici predefiniti al richiedente ed al paziente			
				Altro			

Requisiti di processo specifici AMBULATORIALE (OUTPATIENT)

Requisito specifico	Lab Rad Spec	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
12		Monitoraggio della attivazione da parte dello specialista del percorso diagnostico che segue alla 'presa in cura' con la prescrizione di tutti gli accertamenti ritenuti necessari (sul ricettario SSN per le strutture pubbliche)			
		Protocolli per la riconciliazione terapeutica (applicazione del livello di base della psp "riconciliazione")	Percentuale di applicazione della riconciliazione terapeutica	Numero di schede ambulatoriali dove vi è evidenza della applicazione	Numero di schede esaminate
		Protocolli di rinvio ad altro specialista o setting di assistenza	Percentuale di corretto rinvio	Numero di schede ambulatoriali dove vi è evidenza della corretta applicazione del protocollo	Numero di schede esaminate
		EVIDENZA SUGGERITA Sono programmati controlli ravvicinati in caso di prima prescrizioni che richiedono aggiustamenti terapeutici ed eventuali effetti collaterali			
		EVIDENZA SUGGERITA Sono adottati strumenti per la valutazione dell' adesione dei pazienti alle indicazioni terapeutiche ed agli stili di vita indicati			
		EVIDENZA SUGGERITA Programmazione e realizzazione di visite di gruppo per pazienti cronici, laddove applicabile			
		Evidenza di calendari di follow up personalizzati			
		EVIDENZA SUGGERITA Percentuale di personale formato alla gestione del self management			
		EVIDENZA SUGGERITA L'organizzazione della prenotazione favorisce la continuità dello specialista di riferimento			
		Altro			

5.1.AMB.4

PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI AMBULATORIALI

Sono adottate modalità adeguate per la gestione dei percorsi clinico assistenziali ambulatoriali e dei pazienti cronici

