



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 3652

Seduta del 05/06/2015

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali MARIO MANTOVANI *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSI
SIMONA BORDONALI
MARIA CRISTINA CANTU'
CRISTINA CAPPELLINI
GIOVANNI FAVA

MASSIMO GARAVAGLIA
MARIO MELAZZINI
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
FABRIZIO SALA
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Mario Mantovani

Oggetto

DETERMINAZIONI RELATIVE AL "PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE (PIMO)"

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Dirigente Luca Merlino

Il Direttore Generale Walter Bergamaschi

L'atto si compone di 160 pagine

di cui 153 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

PREMESSO che:

- l'esperienza maturata in questi anni da Regione Lombardia sulla valutazione della qualità delle strutture di ricovero e cura ed il confronto con i riferimenti internazionali, ha permesso di individuare il metodo di valutazione delle performance delle attività sanitarie delle strutture stesse e di indirizzarle verso il raggiungimento di elevati standard di qualità per la corretta gestione clinico organizzativa dei processi sanitari;
- lo sviluppo del programma di valutazione delle Aziende Sanitarie accreditate ed a contratto con il Sistema Sanitario Regionale (SSR) e, per le Aziende Sanitarie pubbliche, anche del loro management, fornisce, sulla scorta di parametri oggettivi ed oggettivabili, il posizionamento di ciascuna azienda rispetto a tali parametri, oltre che una valutazione complessiva della stessa;
- la valutazione della qualità-sicurezza del paziente e delle performance rappresenta, inoltre, uno strumento di programmazione e di governo del SSR;

VISTI:

- la Raccomandazione n. R 97.17 del Consiglio d'Europa *"Sullo sviluppo e l'attivazione di sistemi per il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria"*, adottata dal Consiglio dei Ministri il 30 settembre 1997, con cui il Consiglio ha avviato un percorso di "Sistema Qualità" e definito chiaramente l'importanza del miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria;
- la *"Proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio sulla istituzione del programma 'Salute per la Crescita' - 3° programma pluriennale d'azione della UE in materia di salute per il periodo 2014-2020"*, (COD 2011/0339) adottata nel marzo 2014 (R0282) che, tra l'altro, ritiene fondamentale sostenere gli sforzi degli Stati membri per migliorare la sostenibilità dei sistemi sanitari al fine di garantire loro di poter fornire cure sanitarie di elevata qualità per tutti. Il programma "Salute per la crescita" contribuisce a individuare e applicare soluzioni innovative per migliorare la qualità, l'efficienza e la sostenibilità dei sistemi sanitari, ponendo l'accento sul capitale umano e sullo scambio delle buone pratiche;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- la direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera in vigore dal 25 ottobre 2013, sancisce che la libertà di ricevere assistenza sanitaria in tutta l'Unione Europea (UE) deve essere accompagnata da garanzie di qualità e di sicurezza e dà la possibilità agli Stati membri di far valere le loro eccellenze sanitarie in ambito comunitario;
- l'Atto di Indirizzo per il 2015 del Ministero della Salute, con cui sono state fornite indicazioni per i programmi di controllo e miglioramento della qualità, sottolineando l'azione di controllo della spesa sanitaria; al punto n. 5 *"Promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria"* stabilisce che l'azione dell'amministrazione dovrà incentrarsi sulla definizione di strumenti che favoriscano efficienza, appropriatezza e qualità degli interventi sanitari, garantendone l'appropriata valutazione anche tramite la messa in atto di un Programma nazionale per la promozione della qualità e della sicurezza delle cure;

RICHIAMATI:

- la d.c.r. n. IX/88 del 17.11.2010 *"Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014"* il quale, al capitolo *"La verifica della qualità delle strutture"*, intende perseguire l'obiettivo di valutare la qualità e le performance delle strutture accreditate al fine di ottenere il massimo livello qualitativo delle prestazioni;
- la d.c.r. n. X/78 del 09.07.2013 *"Programma Regionale di Sviluppo della X Legislatura"* che indica, all'interno dei programmi di tutela e promozione della salute, come tutte le attività programmate dovranno avere come obiettivo quello di mantenere l'attuale elevato livello qualitativo delle cure e l'alta reputazione che il sistema sanitario regionale lombardo ha anche a livello internazionale;
- la d.g.r. n. X/1185 del 20.12.2013 *"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014"* che, all'allegato 3) *"Ambito Sanitario"*, specifica gli interventi per il miglioramento di qualità ed appropriatezza nel sistema sanitario lombardo; al punto 3.1.2. *"Interventi di miglioramento della qualità della rete di offerta assistenziale"* prevede la predisposizione del *"Piano integrato per il miglioramento dell'Organizzazione"* (P.I.M.O) per lo sviluppo del Programma di miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente seguendo le



Regione Lombardia

LA GIUNTA

indicazioni dei gruppi progetto;

- la d.g.r. n. X/2989 del 23.12.2014 *"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015"* che, all'allegato B) al capitolo *"Sviluppo del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O)"* ha stabilito la realizzazione del P.I.M.O. attraverso una piattaforma su portale regionale che preveda, all'interno delle quattro aree individuate - valutazioni, performance, monitoraggio e obiettivi-, lo sviluppo delle conoscenze e le valutazioni del sistema mediante le quali le strutture ospedaliere valorizzano il percorso di crescita dell'organizzazione integrando la logica economico-finanziaria con le attività sanitarie;

DATO ATTO che Regione Lombardia in ottemperanza alle delibere sopra citate, con i sotto indicati decreti del Direttore Generale Salute:

- d.d.g. n. 1041 del 14.2.2012 di costituzione del *"Gruppo di Lavoro Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente"* – composto dai Responsabili aziendali della Qualità di tutti gli ospedali lombardi - con il fine di sviluppare un programma di valutazione del miglioramento continuo della qualità del Sistema Sanitario Regionale ed un nuovo metodo di verifica, monitoraggio e controllo dei requisiti di accreditamento delle strutture di ricovero e cura accreditate e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale;
- d.d.g. n. 1685 del 28.02.2014 di ricostituzione del *"Gruppo di Lavoro Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente"* - composto dai Responsabili aziendali della Qualità di tutti gli ospedali lombardi - con l'obiettivo di sviluppare il *"Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO)"* nonché di predisporre il *"Manuale per il supporto e l'accompagnamento delle strutture nella realizzazione del Piano integrato di miglioramento"*;

DATO ATTO che il Gruppo di Lavoro di cui al Decreto del D.G. Salute n. 1685/2014 ha concluso le attività elaborando il documento *"Linee guida per la elaborazione e lo sviluppo del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto con il SSR lombardo"*;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RITENUTO di approvare il documento *“Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione”*, predisposto dalla DG Salute sulla base delle linee guida di cui al punto precedente - allegato parte integrante del presente provvedimento -, quale atto fondamentale per indirizzare le attività di valutazione e di miglioramento continuo dell'organizzazione, in quanto:

- comprende i criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza, economicità e sostenibilità;
- costituisce il riferimento unitario ed integrato per la gestione aziendale dei cambiamenti organizzativi;
- è disegnato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo;
- è orientato ad evidenziare i risultati ottenuti dalla struttura, in termini di qualità dei servizi offerti e delle cure prestate, da raggiungere anche mediante un'appropriata gestione economico-finanziaria;

RAVVISATA pertanto l'esigenza di dotare tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale lombardo di tale strumento operativo al fine di:

- migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria;
- promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
- monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori;

RITENUTO che il documento *“Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione”* venga applicato a tutto il Sistema Sanitario Regionale Lombardo dalla data di approvazione del presente provvedimento;

PRESO ATTO che è in fase di indizione, da parte dell'Agenzia Regionale Centrale Acquisti - A.R.C.A., un bando per l'affidamento del *“Servizio di supporto al Programma di Miglioramento della qualità delle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale, in*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

favore della Regione Lombardia” con l'obiettivo di realizzare e consolidare il programma di miglioramento PIMO nelle strutture ospedaliere lombarde, affiancando un gruppo di professionisti sanitari operanti nelle strutture ospedaliere lombarde selezionati dalla Direzione Generale Salute;

RITENUTO di affiancare al *“Servizio di supporto al Programma di Miglioramento della qualità delle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale, in favore della Regione Lombardia”* un gruppo di professionisti sanitari operanti nelle strutture ospedaliere lombarde al fine di coinvolgerlo in tutte le attività di valutazione utilizzando la check-list di autovalutazione ed il sistema di indicatori contenuti nel documento *“Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione”*;

RITENUTO, altresì, di dare mandato alla DG Salute di selezionare tale gruppo tramite un invito pubblico per la presentazione di candidature;

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

A VOTI unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

- 1) di approvare il documento *“Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione”* - parte integrante al presente provvedimento - da somministrare a tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale lombardo al fine di:
 - migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria;
 - promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
 - monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- 2) di stabilire che il documento di cui al punto precedente viene applicato a tutto il Sistema Sanitario Regionale lombardo dalla data di approvazione del presente provvedimento;
- 3) di dare mandato alla DG Salute di selezionare un gruppo di professionisti sanitari operanti nelle strutture ospedaliere lombarde da affiancare al *“Servizio di supporto al Programma di Miglioramento della qualità delle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale, in favore della Regione Lombardia”* al fine di coinvolgerlo in tutte le fasi di valutazione utilizzando la check-list di autovalutazione ed il sistema di indicatori contenuti nel documento di che trattasi;
- 4) di disporre la pubblicazione del documento di cui al punto 1) sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito istituzionale della Direzione Generale Salute.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

**PROGRAMMA
INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO
DELL'ORGANIZZAZIONE**



Regione Lombardia

Sommario

PREMESSA	3
1. QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO	4
2. OBIETTIVO	8
3. PIANO INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE – P.I.M.O.	8
4. STRUMENTI DEL PIANO INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE.....	13
5. SVILUPPO DEL PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' E SICUREZZA DEL PAZIENTE NEGLI OSPEDALI LOMBARDI NEL TRIENNIO 2012-2015.....	20
ATTIVITA' ANNO 2012	20
ATTIVITA' ANNO 2013	39
ATTIVITA' ANNO 2014	62
CHECK LIST DI AUTOVALUTAZIONE	68
Gli Autori	68

PREMESSA

Come garantire una buona qualità dell'assistenza è oggi uno dei maggiori problemi che i sistemi sanitari si trovano ad affrontare con la spinta delle crescenti aspettative dei cittadini che richiedono livelli di assistenza sempre più qualificati.

La qualità dell'assistenza è il risultato finale di un complesso intreccio di fattori, quali la capacità di gestione, la razionalità dell'uso delle risorse disponibili, la capacità di governo dell'innovazione, la capacità di indirizzare i comportamenti professionali degli operatori e, non ultima, la gestione del rischio.

La qualità è determinata inoltre da specifiche scelte di politica sanitaria che intervengono sugli assetti organizzativi e sui meccanismi di trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica e sulla capacità del sistema di documentare i risultati ottenuti.

In risposta al crescente interesse rispetto alla qualità, molti Paesi hanno sviluppato programmi di miglioramento basati sia su approcci di valutazione esterna, come i sistemi di accreditamento, sia su approcci di valutazione interna, come le autovalutazioni, sia piani che uniscono entrambe le strategie, come i sistemi basati su indicatori.

Regione Lombardia adotta un nuovo Programma quale strumento di governo del sistema sanitario da applicarsi all'interno delle aziende ospedaliere finalizzato al continuo processo di miglioramento, sia nei processi interni sia per incrementare i livelli di soddisfazione dei pazienti/clienti, e per creare valore a livello economico finanziario. Tale Programma è stato elaborato dalle stesse strutture di ricovero e cura mediante l'organizzazione di tavoli di lavoro, in una logica di lavoro bottom up, all'interno di un sistema che, negli anni, ha maturato una solida esperienza in tema di Miglioramento Continuo della Qualità.

Il Programma, su suggerimento delle stesse strutture denominato **Programma Integrato di miglioramento dell'Organizzazione (PIMO)**, si articola a livello regionale e aziendale è descritto nel presente Documento nei suoi elementi di sviluppo e di riferimento.

1. QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO

Livello europeo.

Il Consiglio d'Europa ha avviato un percorso di "Sistema Qualità" con la Raccomandazione n. R 97.17, "Sullo sviluppo e l'attivazione di sistemi per il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria" adottata dal Consiglio dei Ministri il 30 settembre 1997. Il Consiglio d'Europa definiva chiaramente l'importanza del miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria ed in alcuni punti, in seguito riportati, analizzava situazioni oggi ancora attuali:

..... il miglioramento continuo della Qualità dell'assistenza sanitaria è una priorità chiave per tutti gli Stati membri, specialmente nell'attuale situazione di carenze economiche e di riduzione dei fondi per la sanità,

.....Considerando che l'assistenza di buona qualità comprende:

aspetti strutturali e organizzativi come l'accessibilità;

aspetti di processo come l'eccellenza professionale e l'uso efficiente delle risorse;

buoni risultati assistenziali

.....Considerando che la garanzia della qualità dell'assistenza sanitaria è un obbligo per tutti gli Stati membri e richiede azioni e attenzioni pianificate, sistematiche e continue e la modalità di tutti gli attori responsabili del miglioramento della qualità comprendono:

tutte le parti coinvolte nell'assistenza sanitaria debbono partecipare alla progettazione, alla realizzazione e al mantenimento dei sistemi per il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria in stretta e continua collaborazione

gli operatori sanitari debbono progettare, organizzare e mantenere in autonomia sistemi di miglioramento della qualità, adatti ai loro ambienti di lavoro, renderli noti e comprensibili a tutti...

In seguito si è progressivamente affermata l'esigenza di migliorare il livello qualitativo dell'assistenza sanitaria all'interno delle normative europee e, nello specifico, nei Programmi che prevedono azioni specifiche in ambito sanitario. Rispetto ai programmi precedenti, il terzo programma d'azione dell'UE in materia di salute (2014-2020), "Salute per la crescita", rafforza ulteriormente e pone maggior enfasi sui legami esistenti fra la crescita economica e una popolazione in buona salute. Il programma è incentrato su azioni caratterizzate da un chiaro valore aggiunto per l'UE, conformemente agli obiettivi di Europa 2020. La crisi finanziaria ha ulteriormente messo in evidenza l'esigenza di migliorare il rapporto costo/efficacia del sistema sanitario e gli Stati membri sono sotto pressione per trovare il giusto equilibrio fra la possibilità per tutti di avere accesso a cure sanitarie di qualità elevata e il rispetto dei vincoli di bilancio. A questo riguardo, se si vogliono garantire cure sanitarie di elevata qualità per tutti, ora come in futuro, è fondamentale sostenere gli sforzi degli Stati membri per migliorare la sostenibilità dei sistemi sanitari. Il programma "Salute per la crescita" contribuisce a individuare e applicare soluzioni innovative per migliorare la qualità, l'efficienza e la sostenibilità dei sistemi sanitari, ponendo l'accento sul capitale umano e sullo scambio delle buone pratiche.

Nel Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio sulla istituzione del programma "Salute per la Crescita" (3° programma pluriennale d'azione della UE in materia di salute per il periodo 2014-2020) sono definiti i seguenti obiettivi e indicatori specifici:

1. Sviluppare strumenti e meccanismi comuni a livello dell'UE volti ad affrontare la carenza di risorse umane e finanziarie e ad agevolare l'adozione dell'innovazione nell'assistenza sanitaria, al fine di contribuire a sistemi

- sanitari innovativi e sostenibili. Tale obiettivo sarà misurato, in particolare, sulla base dell'aumento del numero di stati membri che utilizzano gli strumenti e i meccanismi sviluppati e fanno ricorso ai relativi servizi di consulenza.
2. Migliorare l'accesso alle competenze mediche e alle informazioni concernenti patologie specifiche anche su scala internazionale e sviluppare soluzioni e orientamenti condivisi per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e della sicurezza dei pazienti, al fine di incrementare l'accesso a un'assistenza sanitaria migliore e più sicura per i cittadini europei. Tale obiettivo sarà misurato, in particolare, sulla base dell'aumento del numero di operatori sanitari che utilizzano le competenze raccolte tramite le reti europee di riferimento nell'ambito della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria transfrontaliera, dell'aumento del numero di pazienti che utilizzano tali reti, nonché del numero di stati membri che utilizzano gli orientamenti sviluppati.
 3. Individuare, diffondere e promuovere l'adozione di buone pratiche convalidate per misure di prevenzione efficaci sotto il profilo dei costi, affrontando i principali fattori di rischio (segnatamente il tabagismo, l'abuso di alcol e l'obesità, nonché l'hiv/aids) incentrandosi particolarmente sulla dimensione transfrontaliera, al fine di prevenire le malattie e di promuovere la buona salute. Tale obiettivo sarà misurato, in particolare, sulla base dell'aumento del numero di stati membri impegnati nella promozione della buona salute e nella prevenzione delle malattie, tramite il ricorso alle buone pratiche consolidate.
 4. Sviluppare approcci comuni e comprovarne il valore per essere più preparati e coordinarsi meglio nelle emergenze sanitarie, nell'intento di proteggere i cittadini dalle minacce sanitarie transfrontaliere. Tale obiettivo sarà misurato, in particolare, sulla base dell'aumento del numero di stati membri che integrano gli approcci comuni sviluppati nella redazione dei propri piani di preparazione.

Importante considerare la direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera in vigore dal 25 ottobre 2013, dove viene sancito che la libertà di ricevere assistenza sanitaria in tutta l'Unione Europea (UE) deve essere accompagnata da garanzie di qualità e di sicurezza e dove viene data la possibilità agli Stati membri di far valere le loro eccellenze sanitarie in ambito comunitario.

Livello nazionale.

In Italia dal 1978 è organizzato un servizio sanitario nazionale pubblico di tipo universalistico che ha subito diverse trasformazioni attraverso l'approvazione di leggi di riforma che hanno via via introdotto concetti di aziendalizzazione e management. Dalla fine del secolo scorso ha avuto inizio un programma di regionalizzazione dell'erogazione dei servizi sanitari attraverso un vero processo di decentralizzazione con la creazione di servizi sanitari regionali basati su leggi che pur non snaturando i principi del servizio sanitario nazionale hanno dato vita a servizi sanitari regionali organizzati e gestiti anche in modi molto diversi tra loro.

Si rileva che con l'Atto di Indirizzo per l'anno 2015 il Ministero della salute ha dato indicazioni per i programmi di controllo e miglioramento della qualità, sottolineando l'azione di controllo della spesa sanitaria. Le scelte strategiche della politica sanitaria del prossimo triennio, in termini di opportunità e vincoli, andranno a incidere sulle seguenti macro aree:

1. prevenzione;
2. politiche in materia di ricerca sanitaria;

3. politiche sanitarie internazionali;
4. promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria;
5. sistema informativo e statistico sanitario;
6. dispositivi medici e farmaci;
7. promozione della salute pubblica veterinaria e della sicurezza degli alimenti;
8. politiche per l'efficienza gestionale;
9. comunicazione.

Grande attenzione viene data al punto n. 4 "Promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria" e nello specifico nella Qualità dei servizi sanitari ed umanizzazione delle cure. La strategia richiede che l'azione dell'amministrazione dovrà incentrarsi sulla definizione di strumenti che favoriscano efficienza, appropriatezza e qualità degli interventi sanitari, garantendone l'appropriata valutazione, soprattutto in relazione all'assistenza primaria, alla pediatria di base, alla psichiatria, alla gestione degli anziani e dei disabili nel territorio, alla terapia del dolore e alle cure palliative, alla creazione di percorsi preferenziali per l'oncologia e per il trattamento delle patologie cardiovascolari, al diabete e alle malattie metaboliche, anche tramite la messa in atto di un Programma nazionale per la promozione della qualità e della sicurezza delle cure. Tali azioni richiederanno un rinnovato impegno per armonizzare gli indirizzi delle politiche sanitarie rivolte ad assicurare sicurezza e qualità delle cure erogate ai pazienti. In questo senso, nelle azioni programmatiche previste dovranno essere integrati i processi di valutazione delle tecnologie sanitarie, per consentire l'allineamento coerente tra le esigenze dell'efficienza con quelle prioritarie di efficacia, qualità, sicurezza e appropriatezza. Solo un deciso intervento volto a favorire lo spostamento sul territorio del trattamento socio-sanitario delle principali patologie croniche consentirà che il processo di miglioramento della qualità dell'assistenza si sviluppi in coerenza con l'esigenza di contenimento e di razionalizzazione della spesa sanitaria.

Livello regionale.

In Regione Lombardia il lavoro di valutazione e di miglioramento della qualità sono in avanzata fase evolutiva e nel corso degli ultimi anni sono diventati dei reali strumenti di autovalutazione e di governo all'interno delle aziende sanitarie. Le indicazioni inserite nel "*Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014*" - d.c.r. n. IX/88 del 17.11.2010 - e nel "Programma Regionale di Sviluppo della X Legislatura" - la d.c.r. n. X/78 del 09.07.2013 – la Direzione Generale Salute hanno rinforzato tutti gli obiettivi volti a mantenere l'attuale elevato livello qualitativo delle cure e l'alta reputazione che il sistema sanitario regionale lombardo ha anche a livello internazionale;

All'interno di tale contesto, la Direzione Generale Sanità:

- nell'anno **2012**, vista l'esperienza maturata dalle Aziende Sanitarie, con d.d.g. n. 1041 del 14.2.2012 - costituzione del "*Gruppo di Lavoro Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente*" ha formalizzato le attività finalizzate alla evoluzione del Miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente con l'obiettivo di sviluppare i piani di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente promuovendo un sistema di verifica presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
- nell'anno **2013**, all'interno del gruppo di lavoro sopra citato, ha individuato tre macro tematiche di lavoro che rappresentavano, di fatto, un unico insieme di attività da sviluppare con una logica di continuità e di interdipendenza; per ciascuno dei tre ambiti di lavoro sono stati individuati degli specifici *Tavoli di*

lavoro, di seguito elencati, composti da Responsabili della Qualità e da operatori esperti delle strutture sanitarie lombarde: Piani di Miglioramento - Check-list di autovalutazione – Indicatori. Con la d.g.r. n. X/1185 del 20.12.2013 *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014”* che, all'allegato 3 “Ambito Sanitario”, sono stati specificati gli interventi per il miglioramento di qualità ed appropriatezza nel sistema sanitario lombardo; ed in particolare al punto 3.1.2. *“Interventi di miglioramento della qualità della rete di offerta assistenziale”* e la richiesta per la predisposizione del *“Piano integrato per il miglioramento dell'Organizzazione”* (P.I.M.O) seguendo le indicazioni elaborate dai tre tavoli di lavoro ;

- nell'anno **2014**, nell'ambito della d.g.r. n. X/2989 del 23.12.2014 *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015”* nell'allegato B al capitolo *“Sviluppo del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O)”* si è stabilito l'inserimento del Piano di Miglioramento. nella piattaforma su portale regionale prevedendo, all'interno delle quattro aree individuate - valutazioni, performance, monitoraggio e obiettivi-, lo sviluppo delle conoscenze e le valutazioni del sistema mediante le quali le strutture ospedaliere valorizzano il percorso di crescita dell'organizzazione integrando la logica economico-finanziaria con le attività sanitarie;
- nell'anno **2015**, viene realizzato il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione attraverso l'integrazione delle quattro aree individuate (valutazioni, performance, monitoraggio e obiettivi), con il contributo di tutti gli attori del sistema Regione.

Contestualmente al miglioramento della qualità dell'assistenza è chiara e diffusa la consapevolezza che l'entità delle risorse destinate alla sanità non sia più in grado di adeguarsi alla crescente domanda di prestazioni sanitarie e questo ha condotto, negli ultimi dieci anni, ad una ripetuta trasformazione dei servizi sanitari in gran parte dei paesi ad economia avanzata. Alla base di tali cambiamenti si collocano, da un lato, l'esigenza di continuare ad erogare prestazioni efficaci ed appropriate, in modo efficiente, conservando o migliorando la loro qualità, dall'altro la necessità di fornire adeguate prove documentali che dimostrino il grado di raggiungimento delle finalità cui i servizi sanitari devono rispondere. In questo contesto evolutivo gli indicatori di performance, la valutazione indipendente dei processi di gestione del rischio e le verifiche di controllo e di governance sono utili al monitoraggio dell'attività sanitaria e diventano strumenti potenti attraverso i quali i decisori possono cogliere le condizioni iniziali del sistema, identificare i problemi e quantificare gli obiettivi ragionevolmente perseguibili in un definito ambito temporale, verificare la corrispondenza fra i risultati ottenuti e quelli attesi, individuare i rischi ed i settori che necessitano di azioni correttive, misurare l'impatto delle attività realizzate.

Nella qualità dell'assistenza sanitaria coesistono i temi relativi ad un'appropriata erogazione di interventi efficaci sotto il profilo clinico ed organizzativo quali lo sviluppo e l'utilizzo delle tecnologie nella pratica clinica-assistenziale e la definizione dei bisogni assistenziali da garantire per mantenere la sostenibilità del sistema. Questo percorso intrapreso da Regione Lombardia si è concretizzato in iniziative sviluppate nell'ambito del Miglioramento della Qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti. Il Sistema di Accreditamento Istituzionale non è rimasto un complesso statico di regole: sulla base di esso si sono sviluppati processi che ne rappresentano di fatto una concreta evoluzione. Infatti il percorso di valutazione delle strutture sanitarie regionali, avviato da alcuni anni, è ispirato all'Accreditamento all'Eccellenza ed utilizza standard di qualità delle strutture sanitarie riconosciuti a livello internazionale e per questo motivo consente il confronto fra strutture. Il processo è stato favorito da Regione Lombardia mediante il confronto e la valutazione diretta degli ospedali da parte di esperti di riconosciute organizzazioni di valutazione della qualità delle strutture sanitarie (Joint Commission International). Alle surveys di

valutazione degli ospedali hanno partecipato anche numerosi Operatori delle strutture sanitarie regionali che hanno, in tal modo, acquisito competenze e maturato una significativa esperienza nel processo di valutazione, patrimonio di conoscenze pertanto disponibile al sistema sanitario regionale.

Regione Lombardia con l'introduzione di questo nuovo Programma ha voluto adottare uno strumento di governo del sistema sanitario, da applicarsi all'interno delle aziende ospedaliere per creare valore a livello economico finanziario, per un continuo processo di miglioramento sia nei processi interni sia per incrementare i livelli di soddisfazione dei pazienti/clienti. Tale Programma è stato elaborato dalle stesse strutture di ricovero e cura mediante l'organizzazione di tavoli di lavoro, in una logica di lavoro bottom up, all'interno di un sistema che, negli anni, ha maturato una solida esperienza in tema di Miglioramento Continuo della Qualità.

Il Programma – su suggerimento delle stesse strutture denominato *Programma Integrato di miglioramento dell'Organizzazione* – si articola a livello regionale e aziendale; si declina a livello regionale ed è un insieme di attività dirette a tenere monitorizzare e a migliorare processi ed esiti mediante un sistema di obiettivi, indicatori, procedure organizzative, linee guida e la verifica della loro applicazione ed efficacia.

Il *Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione* si declina a livello di singola Struttura sanitaria e si concretizza in un Documento aziendale che raccoglie gli obiettivi strategici di medio e lungo periodo e contiene l'insieme dei processi che definiscono le diverse fasi dell'azione di miglioramento.

2. OBIETTIVO

Lo sviluppo di sistemi di gestione all' interno delle aziende sanitarie resta uno dei principali obiettivi strategici. E' fondamentale superare le logiche delle singole funzioni aziendali (direzioni operative, uffici di staff, controllo di gestione ecc.) per realizzare modalità gestionali che sappiano orientarle sinergicamente sugli obiettivi. E' importante attivare processi che generano attività e valore nelle strutture sanitarie (creazione di servizi, percorsi organizzativi, percorsi clinico-assistenziali), integrando la logica della visione economico-finanziaria per recuperare valore dalle attività sanitarie. Il programma regionale attribuisce ai RAQ di tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private lombarde la massima responsabilità ai fini dello sviluppo del Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione. E' importante sottolineare che l'impostazione del programma di miglioramento ha una tripla valenza, la prima aziendale dove il sistema di monitoraggio è finalizzato alla dimensione ospedaliera, la seconda territoriale che verifica le prestazioni sul territorio ed è di competenza ASL, la terza regionale tipicamente di governo del sistema. Il governo della pratica clinica implica anche un'esplicita responsabilizzazione di tutti gli operatori e professionisti, clinici e non, che si esprime attraverso la disponibilità ad operare il monitoraggio delle proprie prestazioni secondo principi di valutazione professionalmente condivisi, la cui traduzione operativa è rappresentata dai criteri di valutazione, dai loro corrispondenti indicatori e standard di riferimento, che consentano di rendere trasparente la qualità dell'assistenza.

3. PIANO INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE – P.I.M.O.

Il Piano Integrato di miglioramento dell'organizzazione è un atto aziendale che integra le funzioni aziendali e i diversi strumenti di pianificazione e programmazione:

- Piano Qualità e sicurezza,
- Piano di Risk Management,
- Piano delle Performance,
- Piano della Formazione,
- Piano della Comunicazione,

- Codice Etico Comportamentale,
- Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione – PTPC,
- Piano triennale Trasparenza e Integrità – PTI..

ed è lo strumento di integrazione delle funzioni a livello aziendale che evidenzia le priorità del miglioramento, quindi la sostenibilità e uniforma la raccolta degli elementi di misura del miglioramento dell'organizzazione.

La tabella 1 sintetizza le aree e le dimensioni ritenute indispensabili per un efficace e completo monitoraggio delle performance aziendali

TABELLA 1 – AMBITI - ELEMENTI - INDICATORI – VALORE

AMBITO	ELEMENTO	INDICATORE	DEFINIZIONE
ECON-FINANZIARIO	situazione economico-finanziaria	indicatore economico gestionale di bilancio	costo personale/produzione lorda spesa per beni e servizi/ produzione lorda costi del personale, beni e servizi, altri costi/valore della produzione da bilancio
STRUTTURA	requisiti di accreditamento strutturali	adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento	requisiti non ancora raggiunti con incremento =>5% / requisiti non ancora raggiunti
	manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori	manutenzione impianti	N° verifiche eseguite nei tempi/numero verifiche pianificate
	verifiche impianti	contaminazione da Legionella delle acque	N° dei campionamenti positivi nei punti di controllo/numero punti di controllo
	documento di valutazione dei rischi	correttivi apportati per problemi ad alto rischio	N° di correttivi apportati per problemi ad alto rischio/numero di correttivi pianificati per problemi ad alto rischio.
TECNOLOGIE	governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)	efficienza dell'alta tecnologia diagnostica	N°ore fermo macchina TC RNM nell'anno/N°ore di servizio atteso TC RNM
	Farmacovigilanza	tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa	N°segnalazioni di sospetta ADR/giornate di degenza
	dispositivo sorveglianza	gestione dispositivi medici	N° recall gestite nei tempi/N°ricall ricevuti
	uso in sicurezza dei farmaci	stoccaggio elettroliti concentrati	N° dei punti di detenzione dei farmaci controllati e conformi/Punti di detenzione dei farmaci controllati e non conformi
	valutazione ed aggiornamento del prontuario aziendale	aggiornamento del prontuario farmaceutico ospedaliero	N° aggiornamenti/anno
SISTEMI INFORMATIVI	progetto SISS	documenti sanitari disponibili on line	N° di referti pubblicati sulla rete SISS / N° di referti da pubblicare secondo target RL
	disaster recovery	disaster plan informatico	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno.
	continuità operativa	continuità operativa informatica	Situazioni in cui un applicativo informatico non è stato accessibile/funzionante per un tempo superiore ad un riferimento deciso dall'ospedale (es. 15 minuti)
RISORSE UMANE	requisiti di accreditamento	adeguamento ai requisiti di accreditamento SSR-personale	N° Requisiti di accreditamento SSR sul personale assolti/N°Requisiti di accreditamento SSR sul personale
	analisi del fabbisogno di personale	copertura fabbisogni del personale	organico medio FTE - organico FTE da fabbisogno approvato/ richiesta personale da scheda di budget annuale approvato
	governo del clima aziendale - "CUG / Stress lavoro correlato"	rispondenza indagine stress lavoro correlato (SLC)	N°dipendenti che hanno risposto al questionario slc (eventuali disaggregazioni) / totale dipendenti
	sicurezza del posto di lavoro, infortuni e sorveglianza sanitaria	frequenza infortuni	totale infortuni/ totale ore lavorate
	analisi dell'attività formativa erogata	tasso di saturazione dell'offerta formativa	N° partecipanti/N° posti di formazione previsti
	rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi	incidenza ore di formazione	N° ore di formazione erogate al personale/ N° ore lavorate
	valutazione e sviluppo delle competenze	dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	N°dipendenti con valutazione annuale delle competenze previste dal profilo e ruolo/totale personale dipendente
	accreditamento provider (ove presente in azienda)	crediti ECM erogati per profilo	totale crediti ECM erogati/personale con obbligo ECM

ORGANIZZAZIONE	obiettivi di mandato	presa in carico obiettivi di mandato	presenza report di assegnazione obiettivi entro 30 gg dall'arrivo in Azienda
	segnalazioni dei cittadini	classe prioritaria di segnalazione	N° segnalazioni per classe prioritaria/ Tutte le segnalazioni
	rilevazione della qualità percepita (<i>customer</i>)	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer satisfaction	n° degli item pari a 6 + n° item pari a 7/ N° totale degli item
	strategie della comunicazione aziendale	standard di comunicazione esterna	n° accessi al sito anno corrente/ n° accessi anno precedente
	gestione del rischio clinico	% di implementazione delle raccomandazioni	n° requisiti applicabili soddisfatti/ n° totale di requisiti applicabili
	gestione del contenzioso	frequenza normalizzata di richieste di risarcimento su giorni di degenza	N° RR Area Clinica (Tot reparti, escluso PS)/ GG degenza totali
	verbali e reports afferenti a Comitati con partecipazione aziendale	evidenza oggettiva delle riunioni dei comitati aziendali	N° relazioni annuali dei Comitati/ n° comitati esistenti
	indicatori dei processi sanitari ed organizzativi dell'assistenza	definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità	N° PDTA implementati /N° di DRG scelti
	qualità della documentazione sanitaria	esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria	N° di cartelle non confermate (anche in invarianza DRG) al controllo NOC/ N° cartelle campione controllo NOC
	qualità dei flussi informativi	tempestività dei flussi informativi	% spedizioni in ritardo/totale spedizioni
	monitoraggio liste d'attesa	% prestazioni che rispettano i tempi di attesa	N° prestazioni monitorate con rispetto dei tempi/N° totale delle prestazioni monitorate
	recepimento delle comunicazioni dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.lgs 231/01	indice di chiusura delle raccomandazioni / prescrizioni emesse dall'ODV con esito positivo	N° di raccomandazioni-prescrizioni emesse dall'OdV e chiuse con esito positivo dall'Organizzazione nei tempi stabiliti nel periodo di riferimento/ Totale delle raccomandazioni-prescrizioni emesse nel periodo di riferimento e da chiudere nei tempi stabiliti nel periodo di riferimento considerato
	adeguamenti del Codice Etico e del Modello Organizzativo	aggiornamento del Codice Etico (o Codice Etico Comportamentale)	Il codice etico (o codice etico - comportamentale) è aggiornato rispetto ai reati previsti dal D.Lgs. 231/01 (o Legge 190/2012 e DPR 62/2013) o cambiamenti organizzativi aventi impatto sul codice stesso
	prevenzione della corruzione, dell'illegalità e trasparenza	indice di chiusura delle azioni previste nel PTPC Piano Triennale Prevenzione e Corruzione e PTTI Piano triennale Trasparenza e Integrità.	N° di azioni riportate nel PTPC e PTTI chiuse nel periodo di riferimento considerato/ n. totale azioni previste dal PTPC e PTTI nel periodo di riferimento considerato
	tutela dei dati personali sensibili e genetici	segnalazioni in merito a mancati adempimenti sulla privacy	N° segnalazioni ricevute in merito al mancato rispetto del D.lgs. 196/03
	semplificazione e dematerializzazione	avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/attività previste
	qualità dei fornitori	indice di corretta evasione dell'ordine-appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	N° delle corrette evasioni di ordini-appalti rispetto a quanto contrattualmente previsto/ Numero totale ordini-appalti evasi

Il Programma regionale prevede che ogni Strutture sanitaria si doti di un sistema di monitoraggio interno, al fine di programmare tempestivamente gli interventi migliorativi, che sia compatibile con i dati e le competenze professionali effettivamente disponibili.

Individuazione di un set minimo di indicatori

Ogni Struttura sanitaria implementa la gestione di un set minimo di indicatori, condiviso, che integra indicatori di qualità (outcome, processo, appropriatezza) con gli indicatori utili per la gestione del rischio e con quelli relativi alla soddisfazione degli utenti.

Il processo di implementazione deve considerare l'integrazione di alcune funzioni aziendali distinte e non sempre funzionalmente collegate quali la qualità, il rischio, l'URP e il controllo di gestione. Il minimum set contempla anche alcuni indicatori richiamati nella definizione di specifici standard e si applica al processo di gestione del miglioramento continuo dell'organizzazione, nelle fasi che vanno dall'analisi dei bisogni alla pianificazione e monitoraggio dei piani di miglioramento sino alla comunicazione dei risultati raggiunti. Gli obiettivi ai quali puntare misurando la qualità sono:

1. migliorare la soddisfazione degli utenti,
2. ridurre i costi,

3. rendere le performance dell'organizzazione visibili e riconoscibili a livello oggettivo,
4. confrontare le prestazioni nel tempo.

Non ci sono dei canoni prestabiliti per misurare le performance di un'organizzazione, esistono diversi modi per "misurare" la qualità all'interno di un'organizzazione sanitaria per avere un'idea oggettiva relativamente al suo andamento; il programma di questo lavoro utilizza tre sistemi complementari:

1. autovalutazione attraverso una raccolta puntuale e costante dei principali indicatori,
2. autovalutazione attraverso l'utilizzo di audit interni,
3. riesame del Sistema di Gestione della Qualità.

Dopo aver individuato gli elementi di ingresso, sono individuati i flussi dei processi che li descrivono. Gli indicatori, perché siano davvero utili ad un'organizzazione, devono essere semplici e poco costosi da ricavare, significativi e pertinenti all'ambito di applicazione devono, cioè, rispondere ad obiettivi ben precisi, ovvero:

- misurabili oggettivamente, una quantità, un conteggio, una percentuale, un rapporto,
- facilmente accessibili a chi deve compiere delle analisi su di essi,
- semplici da interpretare,
- facilmente riproducibili e rappresentabili per mezzo di tabelle, istogrammi, diagrammi,
- controllabili,
- confrontabili,
- condivisibili, cioè trasparenti,
- rilevati puntualmente,
- credibili.

Gli indicatori individuati per gli elementi di ingresso rispondono alle caratteristiche sopra elencate e, una volta calcolati ad un tempo definito, vengono riportati in un cruscotto dell'organizzazione, analizzati e usati per sviluppare il miglioramento. Per ogni indicatore è stata creata una scheda (modello standard scheda indicatore) che contiene, in linea generale, le seguenti indicazioni:

- descrizione dell'indicatore,
- processo di riferimento,
- metodo di rilevazione utilizzato,
- sorgente dei dati,
- metodo di calcolo,
- unità di misura,
- periodicità,
- responsabilità della gestione dell'indicatore,
- accesso all'indicatore.

Un indicatore è un "numero" che misura in modo indiretto, tramite funzioni statistiche, fenomeni che non possono essere misurati direttamente e rende operativo un concetto generale attraverso misure dirette che abbiano un alto contenuto semantico in comune con il concetto che si vuole misurare. Le caratteristiche individuate nella costruzione degli indicatori per monitorare gli ambiti dell'organizzazione aziendale sono:

- esclusività, ovvero essere insostituibile;
- sensibilità, deve registrare le variazioni del fenomeno;
- univocità, non deve essere interpretabile in modo ambiguo;
- fedeltà, ovvero aderente alla realtà e non alla misurazione;
- sintesi;

- esaustività, deve descrivere tutte le variazioni del fenomeno;
- significatività, deve essere strutturato rispetto all'ambito territoriale;
- validità degli indicatori.

Per meglio contestualizzare l'applicazione dell'attività di monitoraggio interno è fondamentale creare circolarità del sistema attraverso la check-list di autovalutazione e il suo collegamento agli indicatori. L'autovalutazione rende possibile l'identificazione della maggior parte delle aree entro le quali sviluppare indicatori; le aree rappresentano dei macro contenitori all'interno dei quali ogni singola azienda focalizza i processi dell'organizzazione, crea, attraverso un sistema di audit interno, una verifica di adeguamento ai requisiti che permettono il raggiungimento degli standard. Il sistema di monitoraggio interno permette di controllare tutte le aree e i processi aziendali ed individuare gli ambiti di miglioramento.

4. STRUMENTI DEL PIANO INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

Strumenti utili allo sviluppo delle azioni di miglioramento contenute nel P.I.M.O. sono: la CHECK-LIST di autovalutazione e gli INDICATORI DI MONITORAGGIO INTERNO.

La specifica Area PIMO del Portale regionale costituisce lo strumento operativo e gestionale dei PIMO aziendali verso Regione Lombardia e contiene documentazione tecnica di riferimento.

CHECK-LIST DI AUTOVALUTAZIONE

OBIETTIVI

1. Consolidare modalità omogenee di monitoraggio degli standard regionali di qualità dell'assistenza e sicurezza del paziente;
2. supportare le direzioni strategiche nel monitoraggio delle attività aziendali;
3. rafforzare il collegamento fra le scelte strategiche e gli strumenti di attuazione;
4. condurre l'organizzazione alla creazione di valore attraverso il monitoraggio continuo dei processi aziendali;
5. rendere evidente tale monitoraggio, prevedendo il coinvolgimento di tutti gli operatori ai vari livelli dell'organizzazione;
6. promuovere la comunicazione interna ed esterna:
 - a. del monitoraggio continuo nelle varie aree operativo/gestionali,
 - b. dei risultati e del miglioramento continuo di ogni processo aziendale.

AMBITI DI APPLICAZIONE della check list di autovalutazione

Il presente Documento è indirizzato alle Direzioni Strategiche, con il coinvolgimento di tutte le funzioni interessate delle Strutture Sanitarie, accreditate con il Sistema Sanitario Regionale (SSR). Il presente Documento si applica al processo di monitoraggio continuo dell'organizzazione nei vari processi e sottoprocessi operativo/gestionali.

RESPONSABILITA' nell'utilizzo della check list di autovalutazione

1. La Direzione Strategica è responsabile:
 - a. della gestione del processo di monitoraggio dei processi e sottoprocessi aziendali;
 - b. di assicurare che il processo di analisi e di rielaborazione dei dati del monitoraggio sia attuato tramite il Responsabile della valutazione e del miglioramento della qualità (di seguito denominato Responsabile per la Qualità);
2. Le Strutture di *line* e di *staff* della Direzione Strategica hanno la responsabilità di:
 - a. misurare e monitorare le attività;
 - b. effettuare semestralmente l'autovalutazione utilizzando la Check List di Autovalutazione della propria attività/ambito.

La check list è inteso quale strumento unitario per rendere omogenea la modalità di valutazione di processi spesso condivisi in strutture a duplice orientamento, per acuti e di riabilitazione, salvaguardando comunque la possibilità di tenere divise le valutazioni di processi invece peculiari all'uno o all'altra tipologia di orientamento.

Le tabelle seguenti descrivono la sequenza delle aree e degli standard della checklist di autovalutazione.

La check list è interamente riportata nel file denominato "Check List di autovalutazione RL"

Aree della check list di autovalutazione

ORDINE	AREA
1	OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (OBI)
2	ACCESSO AI SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA (ACA)
3	PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE (PVP)
4	COORDINAMENTO E CONTINUITA' DELLE CURE (CCC)
5	INFORMAZIONE E DIRITTI DEL PAZIENTE (IDP)
6	PROCESSO DI CURA (PDC)
7	SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO (SML)
8	SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (SDI)
9	PROCESSO DI GESTIONE DEL FARMACO (PGF)
10	ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA E CHIRURGICA (AAC)
11	TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE (TDP)
12	EDUCAZIONE DEI PAZIENTI E FAMIGLIARI (EPF)
13	DIMISSIONI (DIM)
14	DOCUMENTAZIONE CLINICO-RIABILITATIVA (DCR)
15	ACQUISIZIONE ATTREZZATURE E SUPERVISIONE DEI CONTRATTI (AAS)
16	QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE (QDP)
17	PROCESSO DI GESTIONE DEL MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE (PGM)

Aree e standard della check list di autovalutazione

AREA	STANDARD
OBI 1	IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE - OBI 1
OBI 2	COMUNICAZIONI TELEFONICHE E VERBALI - OBI 2
OBI 3	GESTIONE DEI FARMACI AD ALTO RISCHIO - OBI 3
OBI 4	CHIRURGIA SICURA - OBI 4
OBI 5	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI - OBI 5
OBI 6	PREVENZIONE E GESTIONE DEI DANNI CONSEGUENTI A CADUTA - OBI 6
ACA	1 Screening ed accoglienza 1.1 Processo di accettazione e ricovero dei pazienti e gestione dei pazienti ambulatoriali 1.2 Valutazione dei pazienti con bisogni urgenti 1.3 Barriere linguistiche, culturali e strutturali 1.4 Criteri di accesso e trasferimento alle unità di terapia intensiva
PVP	2.1 Valutazione iniziale del paziente 2 Tempestività del processo di valutazione iniziale 2.2 Valutazioni personalizzate 2.3 Valutazioni prechirurgiche 2.4 Pianificazione della dimissione 2.5 Rivalutazione dei pazienti
CCC	3 Coordinamento delle cure per la continuità clinico-assistenziale 3.1 condivisione delle informazioni cliniche ed assistenziali
IDP	4 Categorie protette 4.1 Informazione al paziente e consenso informato 4.2 Privacy e riservatezza.
PDC	5 Pianificazione delle cure e dell'assistenza 5.1 Pianificazione Trattamento Riabilitativo 5.2 Assistenza ai pazienti ad alto rischio 5.3 Processi ad alto rischio 5.4 Gestione del dolore
SML	6 Fase Pre analitica 6.1 Controlli di qualità 6.2 Fase analitica 6.3 Fase post-analitica
SDI	7 Fase pre diagnostica 7.1 Fase diagnostica e refertazione
PGF	8 Prescrizione e trascrizione dei farmaci: politiche e procedure 8.1 Requisiti e criteri di accettabilità delle prescrizioni di terapia farmacologica 8.2 L'organizzazione identifica i professionisti qualificati che sono autorizzati a prescrivere 8.3 Registrazione della prescrizione e somministrazione 8.4 Gestione della preparazione dei farmaci 8.5 Autorizzazione alla somministrazione dei farmaci 8.6 Gestione della somministrazione 8.7 Regolamentazione della autosomministrazione dei farmaci e dei campioni di 8.8 Monitoraggio e misura degli effetti dei farmaci sul paziente 8.9 Farmaci LASA
AAC	9 Sedazione 9.1 Anestesia 9.2 Pianificazione chirurgica 9.3 Intervento chirurgico 9.4 Assistenza post operatoria
TDP	10 Trasferimento dei pazienti 10.1 Idoneità della struttura ricevente. 10.2 Lettera di trasferimento 10.3 Monitoraggi durante il trasferimento 10.4 Documentazione del processo di trasferimento 10.5 Servizi di trasporto dei pazienti
EPF	11 Valutazione del fabbisogno educativo di ciascun paziente e registrazione. 11.1 Ambiti essenziali del processo educativo
DIM	12. Dimissione appropriata del paziente 12.1 Rete territoriale 12.2 Lettera di dimissione 12.3 Istruzioni per il follow up
DCR	13 Cartella clinica del paziente 13.1 Contenuti della cartella clinica 13.2 Controlli della documentazione sanitaria 13.4 Codici simboli e definizioni
AAS	14 Utilizzo appropriato di apparecchiature, dispositivi e farmaci raccomandati dalle 14.1 Contratti per servizi affidati a soggetti esterni
QDP	15 Piano delle dotazioni organiche 15.1 Le responsabilità di ciascun membro del personale sono definite in un documento 15.2 Inserimento del neoassunto o neoassegnato e sua valutazione 15.3 Valutazione del personale dirigente 15.4 Valutazione degli operatori appartenenti alle professioni sanitarie e all'area tecnico- 15.5 Fascicolo personale 15.6 Credenziali: Titolo di studio, abilitazioni 15.7 Addestramento nelle tecniche di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza 15.8 Formazione, aggiornamento e sviluppo delle competenze
PGM	16 Sviluppo e diffusione delle documentazione 16.1 Piano per il Miglioramento dell'Organizzazione e sua realizzazione 16.2 Comunicazione e feed back al personale delle informazioni sul miglioramento. 16.3 Attività di monitoraggio e controllo e analisi dei dati 16.4 Linee guida della pratica clinica e dei percorsi clinici per guidare l'assistenza clinica 16.5 Indicatori chiave per monitorare le strutture, i processi e gli esiti (outcome) clinici e 16.6 Gestione degli Eventi Sentinella 16.7 Segnalazione e gestione dei near miss ed eventi avversi 16.8 Analisi dei trend e delle variazioni indesiderate 16.9 Pianificazione dei fabbisogni informativi

CONTENUTI e COMPILAZIONE

Autovalutazione e punteggio

Il criterio di assegnazione del punteggio di autovalutazione è stato strutturato al fine di rendere lo strumento più sensibile a rilevare cambiamenti e criticità e per rendere più omogeneo il confronto tra aziende. Nella Check List di autovalutazione è inserito un punteggio omogeneo di due tipologie, ovvero per :

- item di processo
- item documentali.

Premessa per ogni area

L'obiettivo principale dell'inserimento per ogni area di analisi della Check List di Autovalutazione è di fornire una guida per comprendere la pertinenza di ciascuna area di analisi all'interno dei vari processi messi in atto da ogni Organizzazione rivolti alla Qualità e Sicurezza del paziente. Ogni area presenta quindi una descrizione collegata con gli item, con la normativa e con i requisiti di accreditamento, utile a contestualizzare l'autovalutazione o a fornire l'ambito di applicazione per eventuali verificatori esterni.

Riferimenti normativi per ogni area

Il valore aggiunto dell'inserimento per ogni area della normativa di riferimento è quello di rendere evidente lo stretto legame tra gli adempimenti obbligatori per legge e gli adempimenti volontari allo scopo di fornire approfondimenti che costituiscono un ulteriore strumento a disposizione dell'azienda a supporto della interpretazione delle aree della Check List di Autovalutazione. La normativa a supporto è inserita in ordine cronologico. Il criterio di appaiamento è stato area-normativa e, laddove possibile, singolo item e sua norma specifica di riferimento. Per le aree gestionali e tecniche è stata mantenuta la suddivisione per argomenti. Approfondimenti documentali sono presenti nel Portale regionale

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO per item pertinenti

Allo scopo di dare omogeneità e continuità a due percorsi paralleli orientati entrambi al mantenimento della qualità dei servizi offerti, laddove il requisito di accreditamento richiami i contenuti di un item della check list di autovalutazione, i due sono stati appaiati. È necessario però sottolineare che, dati i differenti aspetti metodologici che sottendono all'utilizzo della check list rispetto alle modalità di verifica sui requisiti di accreditamento, il punteggio della check list non restituisce informazioni rispetto agli adempimenti alla normativa sull'accreditamento.

INDICATORI P.I.M.O. per gli item pertinenti

Come già specificato l'autovalutazione mediante check list si inserisce in una logica di continuità ed interdipendenza rispetto agli altri strumenti di pianificazione degli interventi capaci di rimuovere, secondo criteri di priorità definiti, le carenze rilevate e di migliorare il sistema di gestione. Coerentemente alla logica sopra esposta sono evidenziati sulla check list gli item collegati al set di indicatori che costituiscono elementi in entrata per il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione.

COINVOLGIMENTO ED INTEGRAZIONE

L'obiettivo di questa fase consiste nell'effettuare la valutazione del soddisfacimento degli item della Check List di autovalutazione da parte di tutti gli operatori dell'Organizzazione (con l'invio della situazione di analisi al Responsabile per la Qualità). L'intento è quello di perseguire un approccio sistemico ed integrato delle azioni di monitoraggio delle diverse aree aziendali anche attraverso il coinvolgimento

diretto dei responsabili dei processi chiave nella presentazione e discussione dei risultati raggiunti.

APPROVAZIONE, REPORTING E COMUNICAZIONE

Il Responsabile per la Qualità, con il contributo delle funzioni tecniche di supporto e dei responsabili dei processi chiave, compila la Check List di Autovalutazione e la sottopone alla approvazione della Direzione Strategica. Una volta formalmente approvata dalla Direzione Strategica, la Check List viene inviata alla Regione Lombardia tramite il Portale regionale per il soddisfacimento del debito informativo e viene diffusa all'organizzazione mediante una strategia di comunicazione interna capillare (es. Intranet aziendale), ma adattata ai diversi livelli aziendali ai quali si rivolge. La fase conclusiva del processo prevede l'adeguamento dei piani di miglioramento anche ai risultati dell'autovalutazione dell'Organizzazione.

INDICATORI DI MONITORAGGIO INTERNO

Il lavoro si è sviluppato partendo da una ricerca bibliografica finalizzata alla classificazione degli indicatori e alla stima di impatto di alcuni di loro sulle azioni di miglioramento che potrebbero essere realizzate dalle organizzazioni sanitarie.

Dall'analisi della letteratura emergono alcuni elementi fondamentali:

- a. L'ampia disponibilità di indicatori di qualità impone una classificazione condivisa che tenga conto del fatto che gli sviluppi metodologici nell'area degli indicatori hanno privilegiato alcune aree mentre altre sono state trascurate, pertanto è necessario selezionare le misure più rilevanti e colmare le lacune esistenti; inoltre è necessaria una verifica continua dell'efficacia del processo di misurazione, perché non necessariamente la disponibilità di indicatori consente di attivare efficaci azioni correttive
- b. Viene confermata la centralità degli indicatori di efficacia pratica (*effectiveness*), di sicurezza dei pazienti (*safety*) e di "*patient centeredness*", ma viene rilevata un'ampia variabilità soprattutto per quanto attiene alle politiche di utilizzo degli indicatori e quindi l'orientamento delle misure ai possibili destinatari delle informazioni.
- c. Esiste uno stretto collegamento tra indicatori di efficacia, sicurezza del paziente e soddisfazione degli utenti (*patient experience*). Appare quindi evidente la necessità di uno stretto legame funzionale tra funzioni aziendali che in molti casi corrispondono a soggetti distinti: Qualità, Gestione del rischio, URP, Controllo di Gestione, Formazione.
- d. L'approccio più efficace nelle strategie di implementazione degli indicatori sembra essere il feedback informativo collegato a iniziative formative e alla definizione di piani di miglioramento.
- e. Gli indicatori sono classificati in funzione delle diverse tipologie di criteri che informano la loro concettualizzazione, in funzione delle fonti informative utilizzate e delle modalità del loro utilizzo.

Gli indicatori sono distinti in base due fondamentali finalità di utilizzo:

- Indicatori per la **valutazione esterna**, adottati da Regione Lombardia in un contesto di indicatori per la valutazione delle performance delle strutture sanitarie;
- Indicatori per il **monitoraggio interno dei processi aziendali**, orientati alla valutazione e alla promozione della qualità all'interno della singole Aziende Sanitarie.

Con riferimento alla base informativa si distinguono:

- indicatori ricavabili dalle fonti informative di sistema come le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), i flussi relativi alle prestazioni ambulatoriali e di pronto soccorso, le prescrizioni di farmaci, i dati inseriti nei registri collegati alle reti di patologia;
- indicatori calcolabili mediante informazioni disponibili solo nelle singole Aziende Sanitarie: cartelle cliniche, raccolte ad hoc, audit interni, segnalazioni degli operatori/utenti (per esempio, sistemi di incident reporting, segnalazioni di caduta paziente, reclami, sinistri), utilizzabili esclusivamente per il monitoraggio interno.

Gli indicatori per il monitoraggio interno sono utilizzabili dalle Strutture Sanitarie al fine di individuare tempestivamente eventuali criticità di alcuni processi aziendali, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria. Gli indicatori di monitoraggio interno vengono calcolati fondamentalmente dai flussi informativi correnti al fine di evitare onerose raccolte di informazioni aggiuntive e al fine di orientare le risorse disponibili prevalentemente alla corretta interpretazione delle misure e all'attivazione delle azioni di miglioramento. Solo in alcuni casi sono previste integrazioni, ove l'informazione ottenuta dagli indicatori di screening e monitoraggio (basati sui flussi informativi correnti) non sia di univoca interpretazione. L'identificazione di un insieme comune di misure orientate alla valutazione della qualità crea le premesse per la condivisione metodologica, per la razionalizzazione delle risorse dedicate all'elaborazione dei dati e per una confrontabilità dei risultati. Gli indicatori per il monitoraggio interno costituiscono un insieme non vincolante e non esaustivo. Non vincolante perché ogni Azienda Sanitaria, in funzione delle proprie priorità di valutazione, può decidere di utilizzare un sottoinsieme più o meno ampio delle misure proposte. Non esaustivo perché specifiche attività di valutazione in relazione a specifici obiettivi e alle conseguenti azioni di miglioramento, possono richiedere informazioni ad hoc, non incluse nei flussi informativi correnti, e indicatori appositamente costruiti.

Gli indicatori di monitoraggio interno costituiscono un sottoinsieme degli indicatori e delle informazioni previsti come elementi di ingresso dal piano integrato di miglioramento dell'organizzazione (PIMO) e in parte si collegano agli elementi misurabili degli item della check-list di autovalutazione. Ogni Azienda definisce le priorità di valutazione e si dota di un sistema di monitoraggio interno, al fine di evidenziare tempestivamente le criticità, individuare situazioni da sottoporre ad un'analisi più approfondita e programmare tempestivamente gli eventuali interventi migliorativi. Sono definite diverse tipologie di strumenti di monitoraggio interno e per alcune di queste sono stati condivisi e sviluppati specifici sottoinsiemi di indicatori. In funzione della base informativa si distinguono:

- Elementi informativi riconducibili alla check list di autovalutazione
- Indicatori ricavabili dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
- Indicatori calcolabili mediante informazioni desumibili da cartelle cliniche, registri di patologia, raccolte ad hoc, audit interni, segnalazioni degli operatori/utenti (sistemi di *incident reporting*, segnalazioni di caduta paziente, reclami, sinistri).

Indicatori ricavabili dalla checklist di autovalutazione

La checklist periodica di autovalutazione di Regione Lombardia include al suo interno degli item specifici sul tema degli indicatori chiave per il monitoraggio delle strutture; in particolare, indica le seguenti aree entro le quali identificare degli indicatori:

- procedure cliniche assistenziali;

- uso di antibiotici e altri farmaci;
- errori di terapia e “near miss” della terapia farmacologica;
- uso di anestesia e sedazione;
- documentazione sanitaria;
- ciascun obiettivo internazionale della sicurezza;
- efficienza gestionale dei processi amministrativi;
- controllo degli eventi che mettono a repentaglio la sicurezza di pazienti e familiari;
- controllo degli eventi che mettono a repentaglio la sicurezza degli operatori.

Ogni struttura, in funzione delle proprie criticità, identificherà le aree da monitorare e gli indicatori necessari a tale scopo, nell’ottica di un continuo miglioramento della qualità dell’assistenza ospedaliera.

Indicatori ricavabili dalle SDO

Per quanto riguarda gli indicatori ricavabili dalle SDO, è implementato il sistema di indicatori dell’Agency for Healthcare Research and Quality (**AHRQ**) i cui principali punti di forza sono:

basato sui database amministrativi;

orientato alle misure di outcome;

sistema di indicatori evidence-based progettato per uso pubblico.

L’AHRQ, oltre a fornire precisi criteri di selezione (inclusione ed esclusione) di ciascun indicatore, mette a disposizione un software gratuito il cui utilizzo consente di ottenere risultati basati su criteri di selezione omogenei tra le varie aziende e permette di utilizzare una metodologia comune di aggiustamento per il rischio (“risk adjustment”).

Il sistema di indicatori AHRQ costituisce un sistema di monitoraggio di prima istanza che, ai fini di una corretta valutazione delle criticità per cui è necessario programmare le azioni correttive e per l’implementazione dei **Piani di Miglioramento**, deve essere integrato dal calcolo di una serie di indicatori ad essi collegati (costruiti sulla base di informazioni desumibili da cartelle cliniche, registri di patologia o raccolte ad hoc) che configurano un monitoraggio di seconda istanza. Quest’ultimo può essere effettuato mediante l’utilizzo di indicatori più orientati ai processi, come quelli sviluppati da altre Agenzie (ad esempio JCAHO/CMS, NQMC): si basa sull’analisi campionaria delle cartelle cliniche o sui risultati degli indicatori collegati ai registri di patologia pubblicati sul “portale di governo”. Riguardo al sistema AHRQ, il Portale regionale restituisce periodicamente il calcolo degli specifici indicatori rendendoli disponibili alle singole strutture.

5. SVILUPPO DEL PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' E SICUREZZA DEL PAZIENTE NEGLI OSPEDALI LOMBARDI NEL TRIENNIO 2012-2015

In questa parte del documento sono riassunte: l'impostazione progettuale e la sintesi delle attività svolte dal gruppo di lavoro regionale, la descrizione e lo scopo del lavoro; il contesto di sviluppo rappresentato dall'intera rete ospedaliera lombarda e le strategie adottate per lo sviluppo del cambiamento organizzativo in un'ottica di miglioramento continuo.

ATTIVITA' ANNO 2012

Con lo sviluppo dei "Programmi di Miglioramento" in tutti gli ospedali lombardi, Regione Lombardia si è posta tre importanti obiettivi:

- valorizzare il patrimonio metodologico e tecnico in materia di qualità, con particolare riferimento ai modelli gestionali e professionali;
- individuare e diffondere le buone pratiche;
- creare sinergie tra le diverse dimensioni della qualità e sicurezza.

Il gruppo di lavoro Miglioramento qualità e sicurezza del paziente è stato costituito con ddg n. 1041 del 14 febbraio 2012 con i seguenti obiettivi:

- sviluppare i piani di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente partendo dai risultati della valutazione/performance raggiunta dalle strutture di ricovero e cura;
- verificare e validare le proposte tecnico organizzative che derivano dalle attività poste in essere per il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente;
- promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
- monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori di processo;
- rivalutare i requisiti di accreditamento con l'obiettivo di riorientarli nel contesto delle aree funzionali che descrivono la complessità gestionale, strutturale ed organizzativa delle strutture di ricovero e cura;
- predisporre e validare un metodo di monitoraggio e controllo dei requisiti di accreditamento.

La metodologia adottata dal lavoro di gruppo si è sviluppata attraverso un confronto finalizzato a sostenere il processo più utile al raggiungimento di standard che ogni ospedale ha determinato da sé, all'interno di un programma di qualità più adeguato alle proprie esigenze, interessi e potenzialità. Tutte le informazioni relative alle attività del gruppo di lavoro sono state inserite in un nuovo servizio, dedicato al miglioramento della qualità e sicurezza del paziente, attivo sul portale della D.G. Sanità e costantemente aggiornate. Il servizio è stato realizzato in due sezioni: la prima aperta a tutti gli utenti, la seconda con accesso riservato ai componenti del GdL. Le attività hanno considerato gli interessi della Direzione su lavori e progetti in atto che, coinvolgendo trasversalmente gli obiettivi del gruppo di lavoro davano lo spunto per creare, dove possibile, integrazione.

Le attività sviluppate sono state le seguenti:

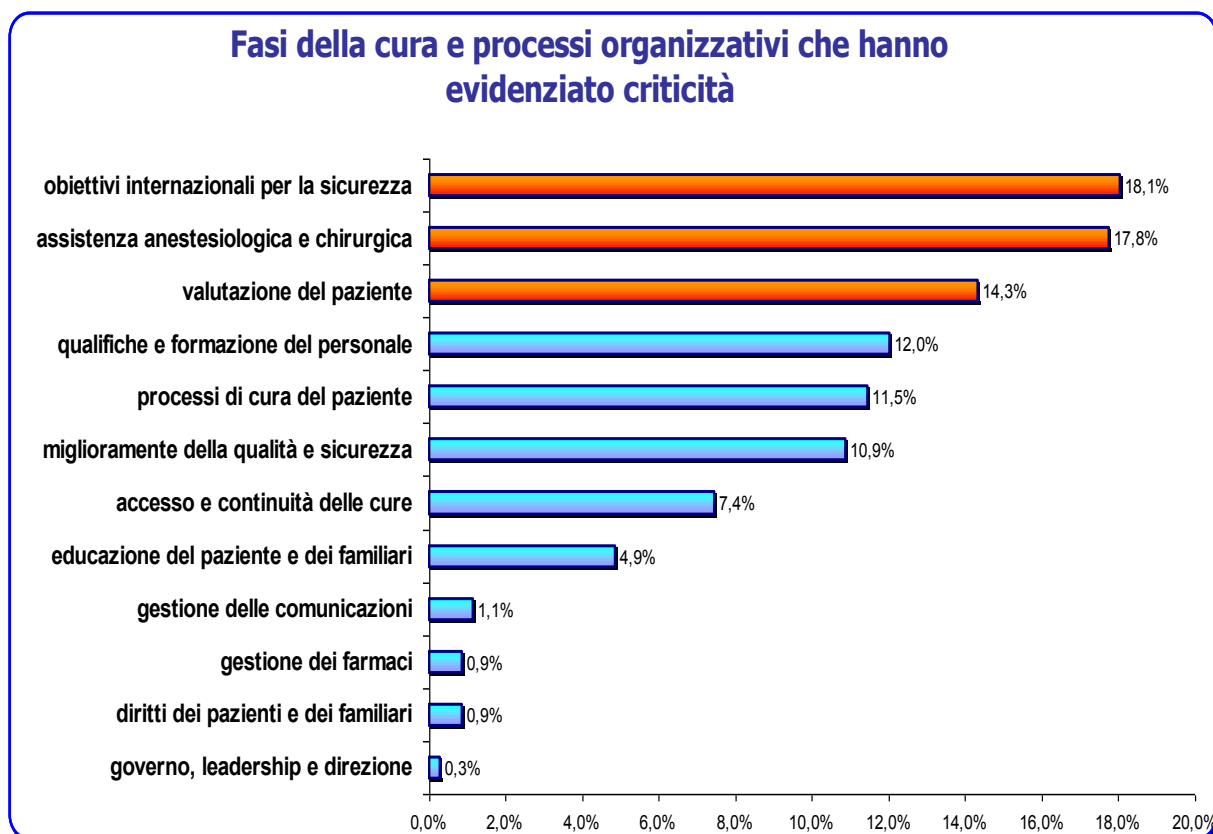
1. analisi dei risultati della valutazione della performance delle Aziende Ospedaliere
2. analisi dei piani di miglioramento di tutti gli ospedali lombardi

3. implementazione di programmi di valutazione e monitoraggio interni ad ogni azienda
4. elaborazione di uno strumento di autovalutazione
5. elaborazione di una progettualità per lo sviluppo dei piani di miglioramento

1. ANALISI DEI RISULTATI DELLE VALUTAZIONI DELLA PERFORMANCE DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

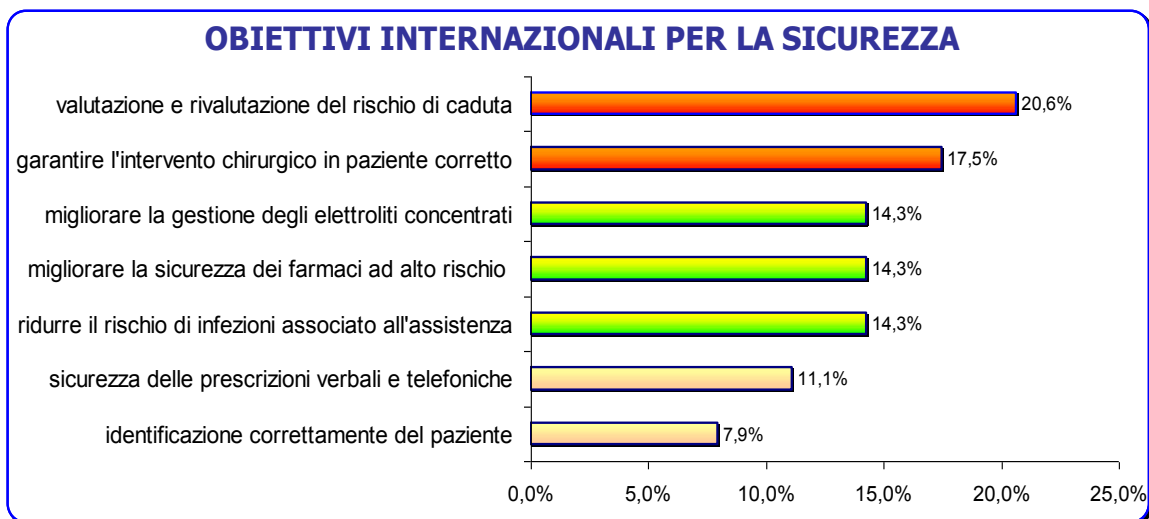
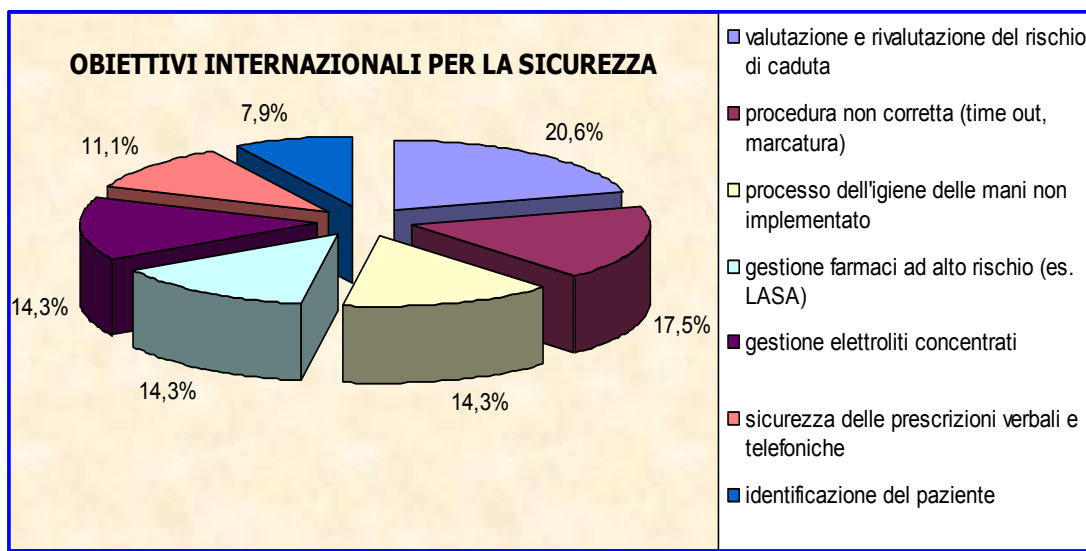
E' stata effettuata l'analisi delle criticità rilevate dalle visite ispettive eseguite nel 2011, ultime verifiche organizzate dal progetto di valutazione degli ospedali lombardi e condotte dagli ispettori JCI che hanno utilizzato la metodologia del programma di accreditamento e standard per gli ospedali di Joint Commission Accreditation (JCA America). Le osservazioni sono state effettuate sulle sole Aziende Ospedaliere e Presidi Ospedalieri pubblici utilizzando i punteggi di valutazione e i verbali stilati dagli ispettori. Dati e descrizioni inseriti nella reportistica, compilata per ogni singola verifica, sono state messi a confronto con le autovalutazioni trasmesse dalle medesime strutture, attraverso la stessa reportistica. Sono state selezionate le criticità ritenute più significative ai fini dell'analisi. Nella tabelle di seguito elencate sono riportati i dati generali per processi e per ogni area di valutazione legati agli standard di riferimento.

Criticità segnalate: 349 a medio/alto impatto sui processi di cura
Aree di miglioramento da presidiare: 22



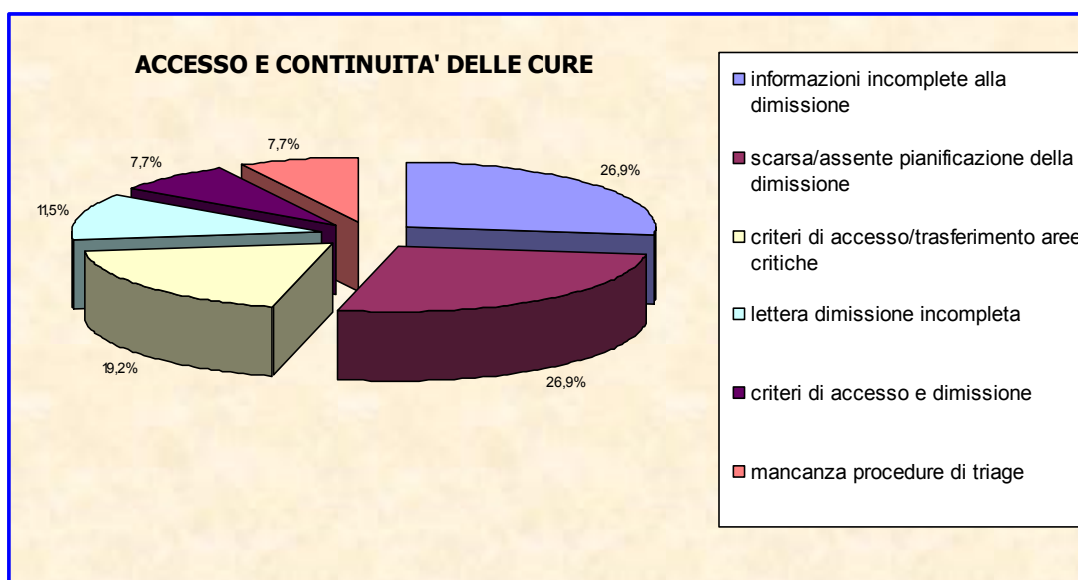
1. GLI OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

	NC	%	% sul totale NC
valutazione e rivalutazione del rischio di caduta	13	20,6%	
procedura non corretta (time out, marcatura)	11	17,5%	
processo dell'igiene delle mani non implementato	9	14,3%	
gestione farmaci ad alto rischio (es. LASA)	9	14,3%	
gestione elettroliti concentrati	9	14,3%	
sicurezza delle prescrizioni verbali e telefoniche	7	11,1%	
identificazione del paziente	5	7,9%	
totale	63		18,1%



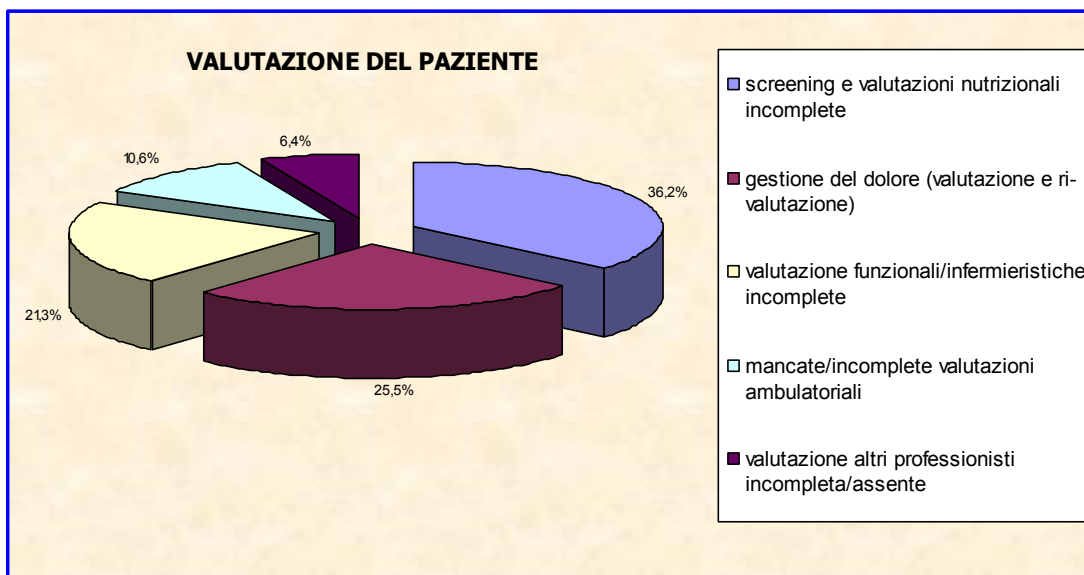
1. L'ACCESSO AI SERVIZI E LA CONTINUITÀ DELLE CURE

	NC	%	% sul totale NC
informazioni incomplete alla dimissione	7	26,9%	
scarsa/assente pianificazione della dimissione	7	26,9%	
criteri di accesso/trasferimento aree critiche	5	19,2%	
lettera dimissione incompleta	3	11,5%	
criteri di accesso e dimissione	2	7,7%	
manca procedure di triage	2	7,7%	
totale	26		7,4%

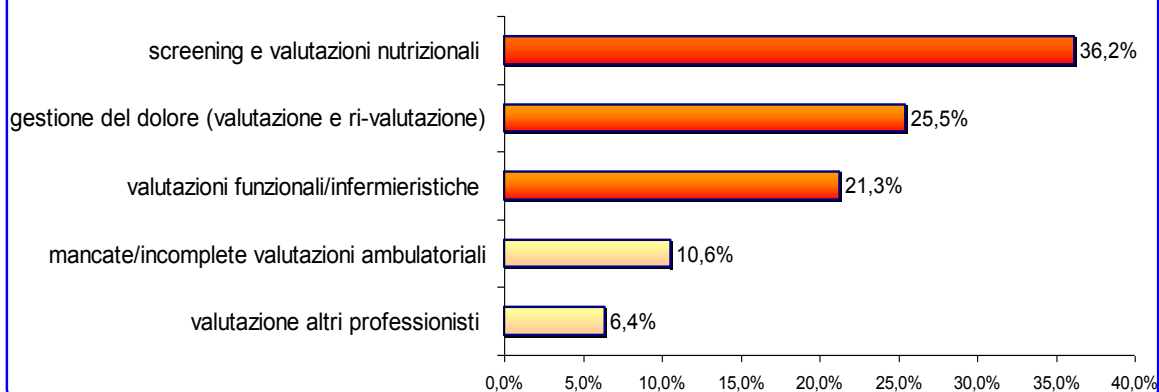


3. LA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

	NC	%	% sul totale NC
screening e valutazioni nutrizionali incomplete	17	36,2%	
gestione del dolore (valutazione e ri-valutazione)	12	25,5%	
valutazione funzionali/infermieristiche incomplete	10	21,3%	
mancate/incomplete valutazioni ambulatoriali	5	10,6%	
valutazione altri professionisti incompleta/assente	3	6,4%	
totale	50		14,3%

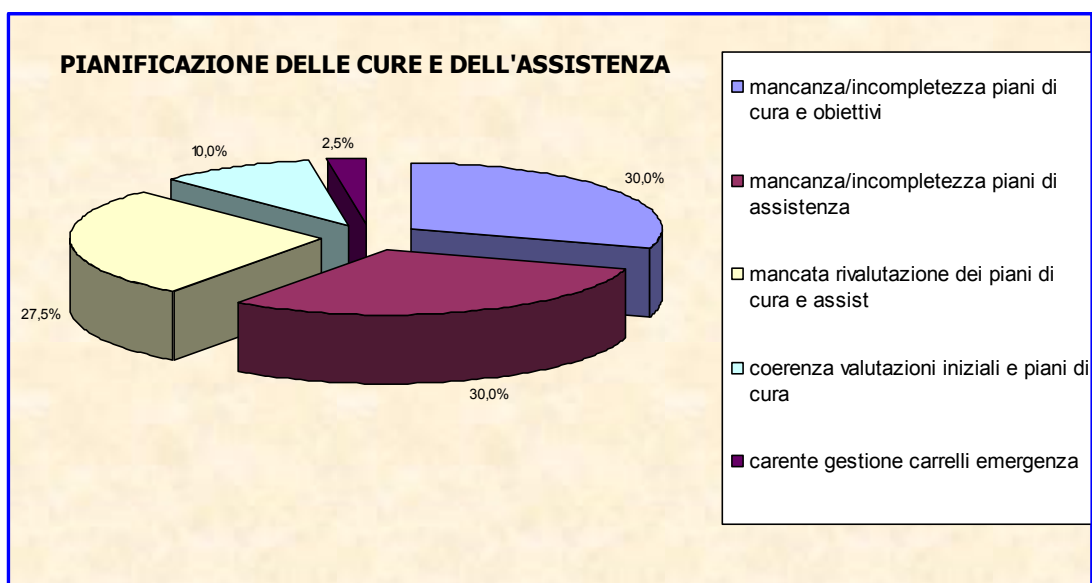


LA VALUTAZIONE INIZIALE DEL PAZIENTE E LE RIVALUTAZIONI DURANTE IL PERCORSO DI CURA E DI ASSISTENZA

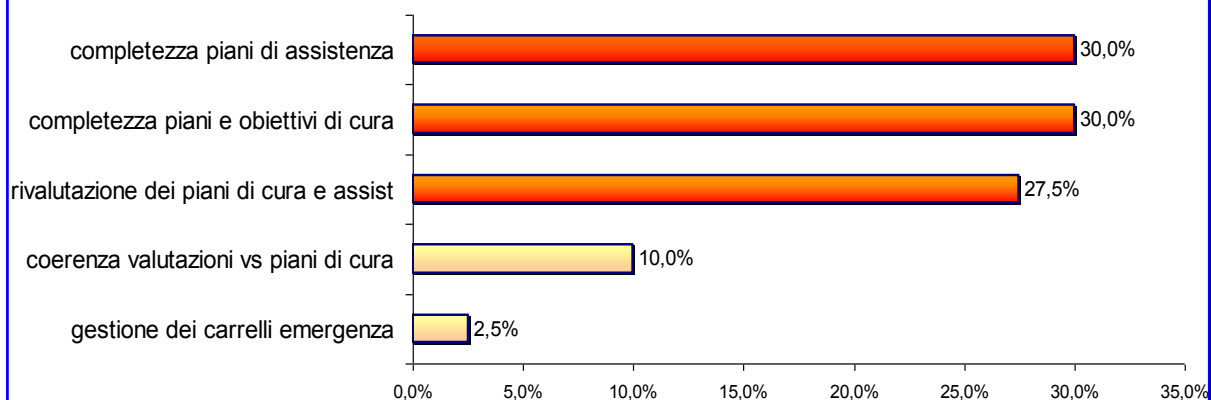


4. LA PIANIFICAZIONE DELLE CURE E DELL'ASSISTENZA

	NC	%	% sul totale NC
mancanza/incompletezza piani di cura e obiettivi	12	30,0%	
mancanza/incompletezza piani di assistenza	12	30,0%	
mancata rivalutazione dei piani di cura e assist	11	27,5%	
coerenza valutazioni iniziali e piani di cura	4	10,0%	
carente gestione carrelli emergenza	1	2,5%	
totale	40		11,5%

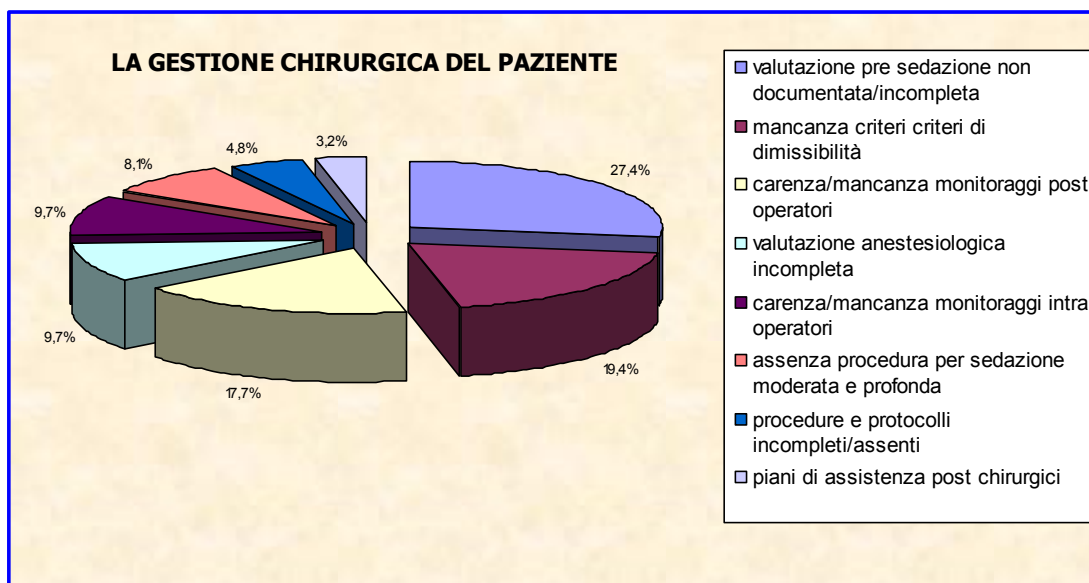


PROCESSI DI CURA E DI ASSISTENZA DEL PAZIENTE

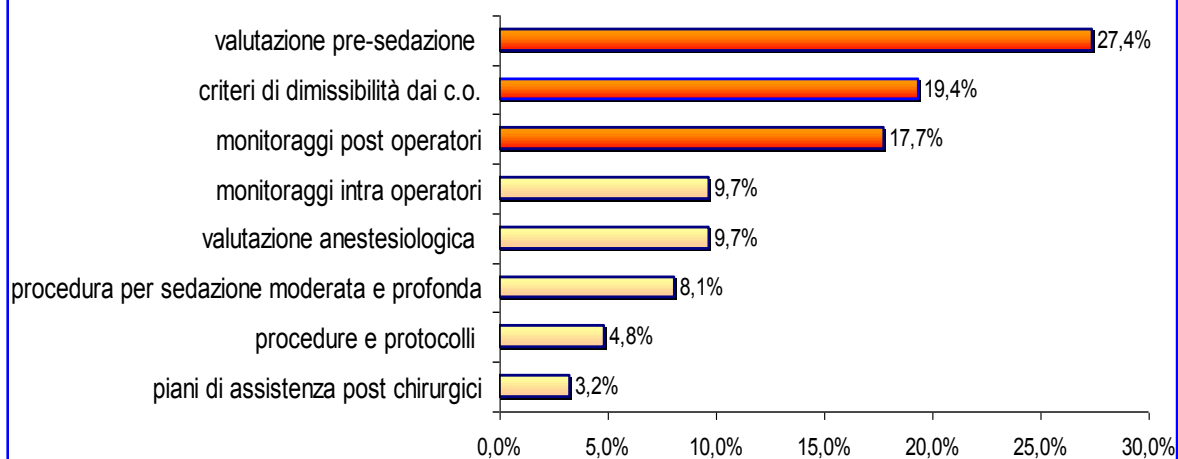


5. LA GESTIONE CHIRURGICA DEL PAZIENTE

	NC	%	% sul totale NC
valutazione pre sedazione non documentata/incompleta	17	27,4%	
mancanza criteri criteri di dimissibilità	12	19,4%	
carenza/mancanza monitoraggi post operatori	11	17,7%	
valutazione anestesiológica incompleta	6	9,7%	
carenza/mancanza monitoraggi intra operatori	6	9,7%	
assenza procedura per sedazione moderata e profonda	5	8,1%	
procedure e protocolli incompleti/assenti	3	4,8%	
piani di assistenza post chirurgici	2	3,2%	
totale	62		17,8%



ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA E CHIRURGICA



6. I CONSENSI

	NC	%	% sul totale NC
consensi alla sedazione incompleti	2	67%	
mancono valutazioni categorie protette (minori, anziani ecc.)	1	33%	
totale	3		0,9%

7. L'EDUCAZIONE DEI PAZIENTI

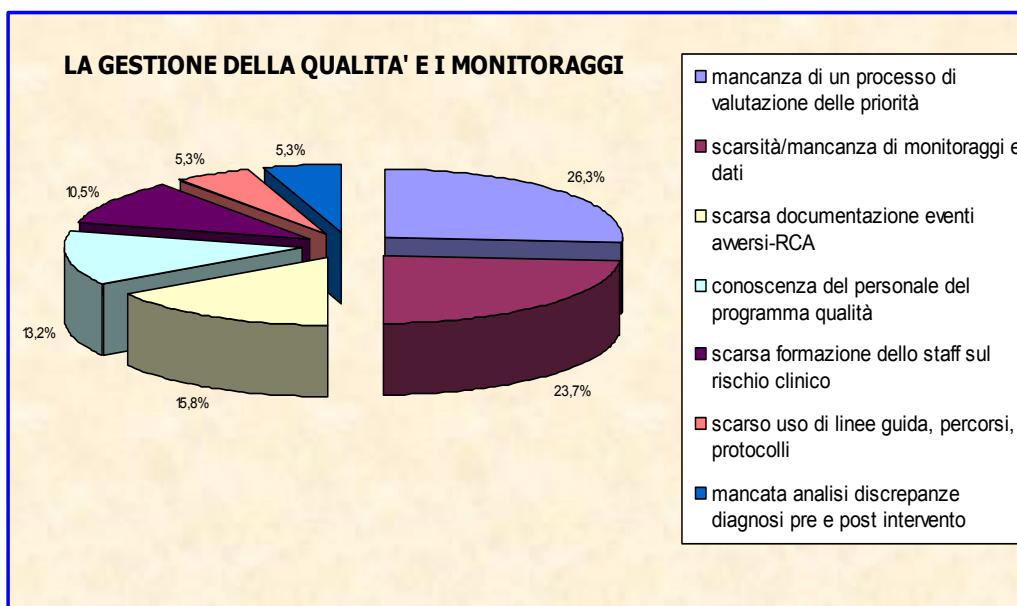
	NC	%	% sul totale NC
Educazione dei pz e dei familiari non documentata	17		
totale	17		4,9%

8. LA GESTIONE DEI FARMACI

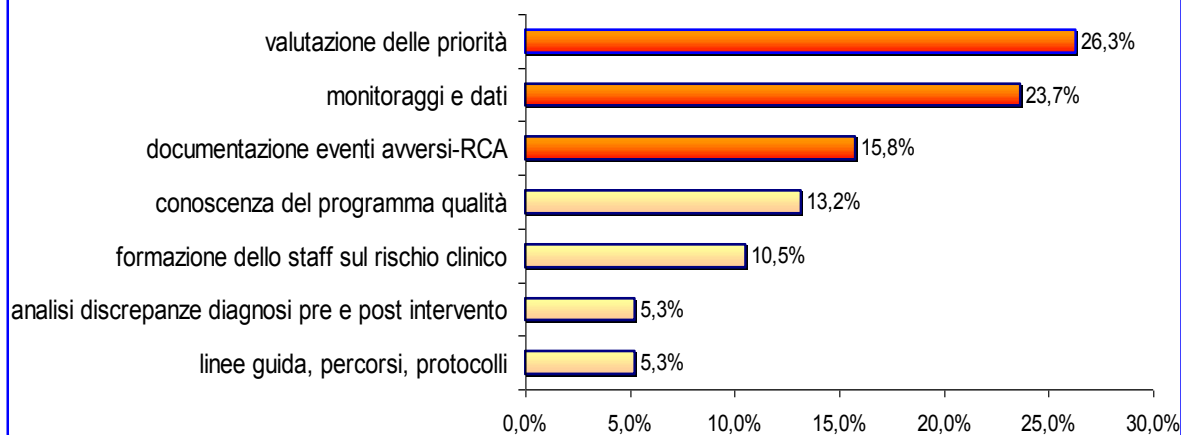
	NC	%	% sul totale NC
completezza delle prescrizioni	2	67%	
riconciliazione terapeutica incompleta	1	33%	
totale	3		0,9%

9. LA GESTIONE DELLA QUALITÀ E I MONITORAGGI

	NC	%	% sul totale NC
mancanza di un processo di valutazione delle priorità	10	26,3%	
scarsità/mancanza di monitoraggi e dati	9	23,7%	
scarsa documentazione eventi avversi-RCA	6	15,8%	
conoscenza del personale del programma qualità	5	13,2%	
scarsa formazione dello staff sul rischio clinico	4	10,5%	
scarso uso di linee guida, percorsi, protocolli	2	5,3%	
mancata analisi discrepanze diagnosi pre e post intervento	2	5,3%	
totale	38		10,9%



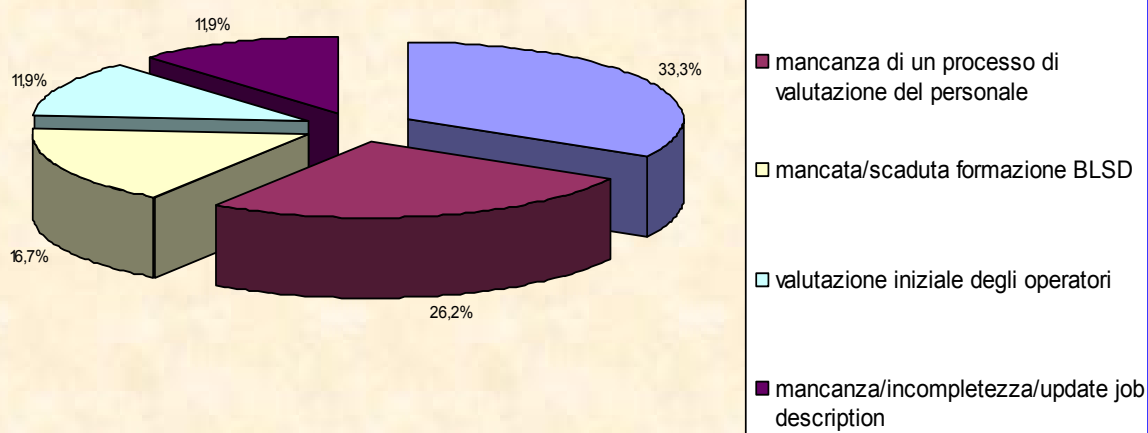
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E SICUREZZA DEI PAZIENTI



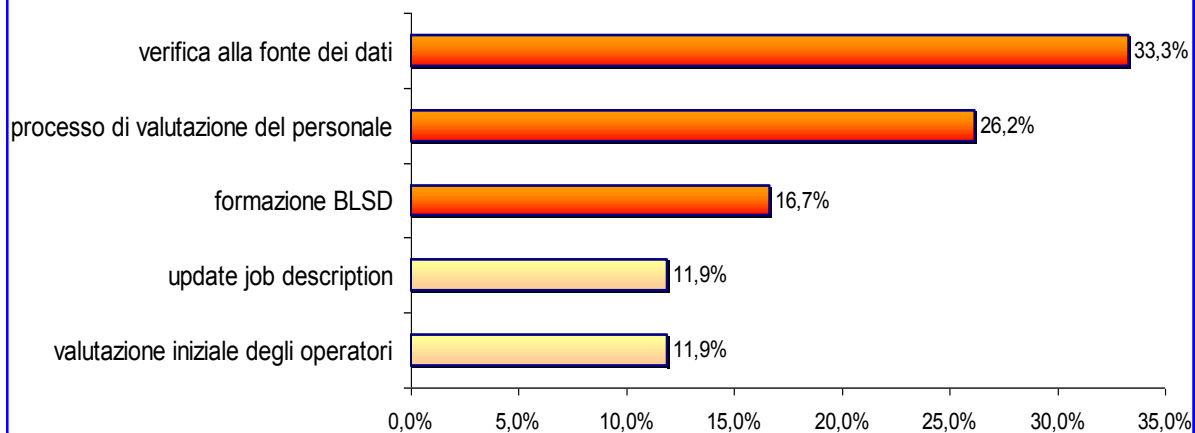
10. LA FORMAZIONE DEL PERSONALE, I FASCICOLI E LE VALUTAZIONI

	NC	%	% sul totale NC
mancata verifica alla fonte dei dati	14	33,3%	
mancanza di un processo di valutazione del personale	11	26,2%	
mancata/scaduta formazione BLSD	7	16,7%	
valutazione iniziale degli operatori	5	11,9%	
mancanza/incompletezza/update job description	5	11,9%	
totale	42		12,0%

FORMAZIONE, GESTIONE DEI FASCICOLI E VALUTAZIONI



QUALIFICHE E FORMAZIONE DEL PERSONALE



2. ANALISI DEI PIANI DI MIGLIORAMENTO DI TUTTI GLI OSPEDALI LOMBARDI

Per realizzare questa prima parte, che aveva come obiettivo conoscere come gli ospedali avevano elaborato i piani, è stata inviata a tutte le strutture la richiesta di trasmissione dei Piani di Miglioramento pervenuti per la quasi totalità dalle strutture ospedaliere lombarde. La valutazione dei piani di miglioramento è stata suddivisa in tre fasi.

La prima, di *analisi*, è consistita nella lettura, valutazione e comparazione di tutti i piani ricevuti, la seconda di *revisione* ha impegnato nella comparazione per tematiche e confronto con le criticità individuate. Per registrare le due fasi di analisi è stato creato uno strumento definito *report di sintesi* nel quale sono stati comparati gli obiettivi individuati nei piani con i requisiti presenti nella check list di autovalutazione, il livello di integrazione (piani/requisiti) e la messa a confronto di tutti i progetti e le attività poste in essere per raggiungere il miglioramento.

La terza fase, *condivisione*, è stata progettata per avere un approfondimento della conoscenza dell'organizzazione del sistema qualità negli ospedali lombardi realizzata attraverso gli incontri con i referenti/responsabili della qualità di tutte le strutture ospedaliere lombarde e per discutere i risultati del lavoro di verifica effettuato. Al termine di questa fase i lavori si sono concentrati nell'elaborazione di una proposta per la realizzazione di una linea guida per la stesura dei piani di miglioramento per la qualità e sicurezza del paziente per le strutture di ricovero e cura per acuti escludendo le strutture che svolgono attività esclusivamente in ambito riabilitativo.

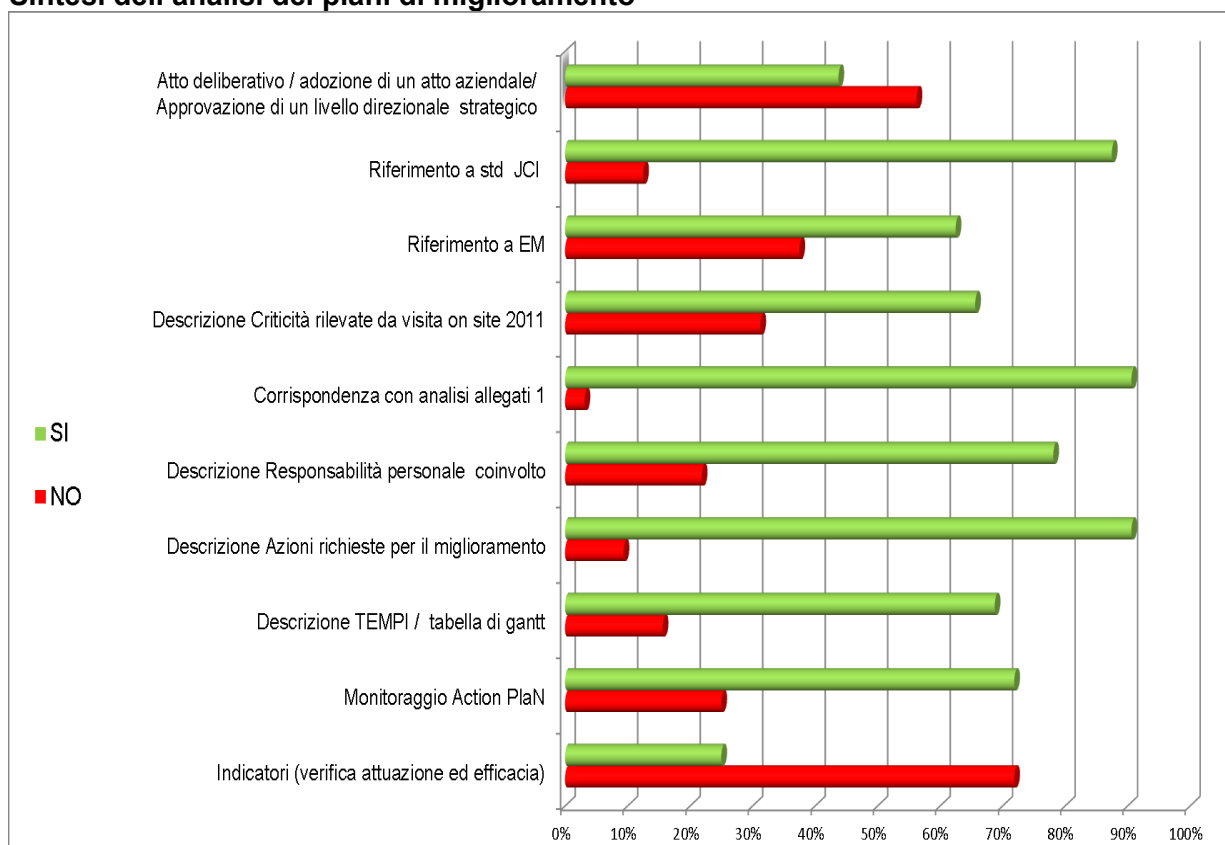
Per le strutture di riabilitazione il progetto è stato quello di realizzare un sistema di valutazione dedicato. Il frutto di questo impegnativo lavoro ha dato come risultato l'elaborazione di una nuova check-list di autovalutazione che la D.G Sanità ha formalizzato ed inserito nel monitoraggio delle prestazioni attraverso il sistema modulare d'accoglienza flussi come previsto dalla gestione dei debiti informativi.

Come indicato nel programma di attività per l'anno 2012, lo sviluppo dei Piani di Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente è stato un obiettivo programmato in sinergia e stretta collaborazione con gli Uffici Qualità delle strutture ospedaliere lombarde e il GdL Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente. Per tale motivo e per valorizzare il patrimonio metodologico e tecnico in materia di qualità, individuare e diffondere le buone pratiche introdotte nelle attività, sono stati programmati incontri, presso la Direzione Generale Sanità, tra i referenti della qualità di tutte le strutture ospedaliere lombarde e i componenti del GdL: un incontro per ogni struttura ospedaliera durante i quali sono stati discussi i piani di miglioramento elaborati focalizzando gli ambiti di particolare rilievo, gli argomenti sui quali avviare un lavoro, gli indicatori e le best practices. Tutti i piani di miglioramento delle AO sono stati letti e la discussione del gruppo ha evidenziato la necessità di utilizzare una griglia per poter passare alle azioni successive: comparazione e valutazione. La griglia proposta Le analisi sono state effettuate attraverso l'utilizzo di una griglia. La griglia proposta è stata discussa e rielaborata ed ha permesso di procedere nelle attività e per valutare e comparare i piani di miglioramento dei ospedali; operativamente sono stati organizzati i sottogruppi per procedere nelle attività e per valutare e comparare i lavori, degli elaborati dei sottogruppi. Per orientare il GdL nell'elaborazione di una linea guida per la stesura dei piani di miglioramento per la qualità e sicurezza del paziente è stata presa la decisione di creare una tabella unica di sintesi (Griglia per la valutazione dei piani di miglioramento) di tutte le analisi dei piani di miglioramento inviati dalle AO e IRCCS pubblici e dalle strutture private accreditate ed a contratto (Sintesi dell'analisi dei piani di miglioramento), condivisa con i responsabili qualità delle strutture attraverso incontri personalizzati (vedi calendario incontri).

Griglia per la valutazione dei piani di miglioramento

Azienda Ospedaliera	atto deliberativo / adozione di un atto aziendale	riferimento a std JCI ed elem. misurabili	descrizione Criticità rilevate da visita on site 2011	corrispondenza con le criticità desunte dall'allegato 1 (compilare anche allegato 1)	descrizione Responsabilità personale coinvolto	descrizione Azioni e misure aggiuntive richieste per il miglioramento (FASI)	descriz. TEMPI / tabella di gantt	coinvolgimento delle figure chiave (risk manager, Resp. Qualità aziendale, referente aziendale Codice etico, direzione medica / sanitaria)	Monitoraggio Action Plan e indicatori (verifica attuazione ed efficacia)	Note / osservazione
------------------------	--	--	--	--	---	---	-----------------------------------	--	---	---------------------

Sintesi dell'analisi dei piani di miglioramento



Sono stati convocati tutti i responsabili qualità e invitati tutti gli attori che negli ospedali operano nel sistema della qualità e sicurezza del paziente. Gli inviti, formalizzati da una lettera inviata dalla DG Sanità, sono stati inviati ad ogni singola struttura almeno 20 giorni prima della data prevista. Il calendario è stato confermato entro il mese di luglio con la disponibilità di presenza dei componenti del gruppo di lavoro, almeno 2 per ogni incontro, che hanno gestito le attività individuando di volta in volta il "leader" per la conduzione e gli altri hanno partecipato come osservatori.

Le **modalità** decisa per gli incontri :

- durata di ogni incontro 2 ore
- temi:
- gli ambiti di particolare rilievo
- gli argomenti sui quali avviare un lavoro
 - indicatori
 - best practices
 - indicazioni e precisazioni

Come strutture sono state identificate gli ospedali di ricovero e cura per acuti escludendo, in questa fase, le strutture che svolgono attività esclusivamente in ambito riabilitativo.

Di seguito sono inserite le tabelle che descrivono, la prima, il calendario con la partecipazione delle strutture ospedaliere agli incontri organizzati e nella seconda la sintesi regionale delle valutazioni mirate allo sviluppo di piani di miglioramento costruita con i dati aziendali.

CALENDARIO INCONTRI

SETTEMBRE	A.O. Ospedale di Circolo di Busto Arsizio Istituto Clinico Mater Domini IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino
OTTOBRE	IRCCS Multimedica (GRUPPO MULTIMEDICA) Casa di Cura IGEA Spa Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori Istituto Clinico Città Studi S.p.A A.O. Istituti Ospitalieri di Cremona Fondazione Poliambulanza Istituto Clinico S.Anna di Brescia A.O. "Ospedale Treviglio Caravaggio" di Treviglio Casa di Cura B. Palazzolo di Bergamo A.O. della Provincia di Lecco Istituto di Cura Città di Pavia Istituti Clinici Istituto Auxologico Italiano Istituto Clinico Beato Matteo A.O. della Provincia di Lodi Casa di Cura Lecco "Beato Luigi Talamoni A.O. Spedali Civili di Brescia A.O. Mellino Mellini - Chiari (BS) A.O. Ospedale Maggiore di Crema Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di perfezionamento A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda A.O. "Ospedale Civile di Legnano" Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta A.O. "Ospedale di Circolo di Melegnano" A.O. San Paolo MI Casa di Cura Clinica Castelli A.O. D presidio Desenzano Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova Istituto Clinico Città di Brescia Istituto Clinico San Rocco SPA Casa di Cura Villa Gemma COF LANZO HOSPITAL SPA Istituto Clinico San Siro A.O. di Desio e Vimercate Policlinico di Monza Casa di Cura privata S.p.A. A.O. "G. SALVINI" Garbagnate IRCCS Policlinico San Donato A.O. Ospedale San Carlo Borromeo A.O. San Gerardo Monza A.O. Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi – Varese A.O. Sant'Anna Ospedale San Pellegrino SRL di Castiglione delle Stiviere (Mn) Casa di Cura Acelle Della Carità di Cremona Casa di Cura Domus Salutis di Brescia Casa di Cura San Clemente di Mantova Ospedale di Suzzara S.p.A. Ospedale Gen. Zona "Moriggia-Pelascini" Ospedale Generale di Zona Valduce - Como Ospedale Religioso Classificato Sacra Famiglia Fatebenefratelli - Erba Istituto Clinico Villa Aprica Spa Cliniche Gavazzeni SpA Clinica San Carlo Casa di Cura Privata Polispecialistica SPA - Paderno Dugnano Istituto Europeo di Oncologia A.O. Polo Universitario - LUIGI SACCO
NOVEMBRE	CC Figlie di San Camillo A.O. Della Provincia di Pavia A.O. della Valtellina e della Valchiavenna Casa Di Cura Ambrosiana S.p.A. Centro Cardiologico Monzino, IRCCS ASL Valcamonica IRCCS Istituto Galeazzi Istituti Clinici Zucchi G.B.Mangioni Hospital Casa di Cura San Giovanni SRL A.O. Bolognini Seriate Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Casa di Cura Privata San Raffaele Turro Fondazione opera san camillo Casa di cura S.Pio X Milano A.O. Istituto Ortopedico Pini Istituto Humanitas Istituto Clinico Sant'Ambrogio A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo A.O. di Gallarate Istituti Ospedalieri Bergamaschi SRL – POLICLINICO SAN PIETRO e SAN Marco A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico Milano

	Azienda Ospedaliere	Atto deliberativo / adozione di un atto aziendale / Approvazione di un livello dirigenziale strategico	referimento a std JC	referimento a EH	descrizione Criticità rilevata di volta in volta	corrispondenza con le Criticità descritte dall'allegato 1 (compilate anche allegato 1)	descrizione Responsabilità personale coinvolte	descrizione Azioni richieste per i miglioramenti	descriz. TEMPI / tabella di gant	reg. qualità	risk manager	dir. Sanitaria/medico	(CIC)	SITR	ref. codice etico	farmaciat	ALTRI	Monitoraggio Action Plan	Indicatori (verifica attuazione e efficacia)	Note / osservazione
1		NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
2		NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	
3		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	Dip. e risorse umane	SI	SI	
4		NO	SI	NO	SI	IN PARTE	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(critica al rapporto JCI) non descrizione di responsabilità non si evincano figure chiave.
5		SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
6		SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	
7		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	interventi anche in aree senza segnalazione di rilievi (disp. report)
8		NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	IN PARTE (nnGant)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
9		NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
10		NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	
11		SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
12		NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Presenza di indicatori presunti da alcuni dati ma non specificati
13		NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	
14		SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	IN PARTE (nnGant)	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15		SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	IN PARTE (nnGant)	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	Presenza di indicatori presunti da alcuni dati ma non specificati
16		NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Presenza di indicatori presunti da alcuni dati ma non specificati
17		SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
18																				
19		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	GdL specifici	SI	SI	Unico PdM integrato tra funzioni
20		NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	IN PARTE (nnGant)	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	GdL specifici	NO	NO	
21		NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Presentata relazione stato dell'arte
22		NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	Ass. San.; Dip.	NO	NO	
23		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Presentata relazione sintetica
24		NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	GdL specifici; DR AMM	SI	NO	Presenza di indicatori presunti da alcuni dati ma non specificati
25		NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	Dip. Controllo Gestione	NO	NO	PdM integrato con norma ISO
26		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO			
27		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
28		SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
29		SI	SI	SI	IN PARTE	IN PARTE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	PdM Q integrato con PdM Risk. "In parte" perchè in 1 presidio
30		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
31		NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
32		NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
33		NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	IN PARTE (nnGant)	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	

3. IMPLEMENTAZIONE DI PROGRAMMI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO INTERNI AD OGNI AZIENDA

Il gruppo di lavoro ha proposto un progetto per lo sviluppo di un sistema di monitoraggio interno e di autovalutazione unici per tutti gli ospedali lombardi per dimostrare l'applicazione del programma di miglioramento della qualità tenendo presente le considerazioni espone di seguito.

1. Il miglioramento della qualità e la sicurezza del paziente sono guidati e indirizzati dai dati.
2. L'utilizzo efficace dei dati si realizza al meglio nel più ampio contesto delle pratiche cliniche basate sull'evidenza e delle pratiche manageriali basate sull'evidenza.
3. Le organizzazioni sanitarie, in genere, dispongono di risorse limitate, non sono materialmente in grado di raccogliere i dati per misurare tutte le possibili aree di interesse.
4. Ogni organizzazione deve scegliere i processi e gli esiti clinici e manageriali più importanti da misurare in base alla propria missione, ai bisogni dei pazienti e ai servizi da essa erogati.

5. La misurazione è spesso focalizzata su quei processi che sono ad alto rischio per il paziente, che producono grandi volumi d'attività o che sono problematici per natura.
6. Ai leader dell'organizzazione è attribuita la responsabilità di effettuare la selezione definitiva delle misure chiave, indicatori, da includere nelle attività per il miglioramento della qualità dell'organizzazione.
Quindi ha predisposto un programma di lavoro per individuare un panel di indicatori di monitoraggio interno aziendale per rispondere alle esigenze di valutazione interna e di confronto con i professionisti.

4. ELABORAZIONE DI UNO STRUMENTO DI AUTOVALUTAZIONE

Le attività del GdL per l'anno 2012 prevedevano di predisporre uno strumento, scheda di valutazione, per effettuare le verifiche interne in modo omogeneo. La **scheda di valutazione** è uno strumento di supporto alle organizzazioni per l'analisi del percorso di miglioramento in atto, è un riferimento omogeneo suddivisa in aree che rappresentano le dimensioni di analisi utili per guidare, misurare e valutare la performance delle organizzazioni sanitarie con un particolare orientamento al core dell'attività delle aziende. Con questo obiettivo è stata elaborata una griglia di autovalutazione, prima in bozza poi modificata con le indicazioni suggerite ed ufficializzata in un incontro plenario con presenti tutte le strutture ospedaliere lombarde sviluppata contestualizzando la situazione regolatoria nazionale e regionale. La griglia progettata è di fatto una check-list per questo è stata denominata dal GdL "check-list di autovalutazione" con le seguenti caratteristiche:

- Si applica a tutte le strutture
- Rappresenta la continuità con il sistema di autovalutazione in corso
- E' un processo "attivo"
- Si pone nel contesto di un ampio **processo integrato di evoluzione dei piani di miglioramento delle organizzazioni**:
 - interno a ciascuna azienda
 - di confronto e supporto con il Gruppo regionale dedicato
 - di confronto fra i professionisti di tutte le aziende

La check-list di autovalutazione è stata strutturata con:

15 aree tematiche:

- ☐ **OBIETTIVI INTERNAZIONALI DI SICUREZZA**
- ☐ **ACCESSO AI SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA**
- ☐ **CONTINUITA' DELLE CURE**
- ☐ **PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE**
- ☐ **PROCESSO DI CURA**
- ☐ **ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA E CHIRURGICA**
- ☐ **PROCESSO DI DIMISSIONE**
- ☐ **TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE**
- ☐ **PROCESSO DI GESTIONE DEL FARMACO**
- ☐ **DIRITTI DEI PAZIENTI E CATEGORIE PROTETTE**
- ☐ **EDUCAZIONE DEI PAZIENTI E FAMIGLIARI**
- ☐ **INFORMAZIONI AL PAZIENTE E FAMIGLIARI**
- ☐ **PROCESSO DI GESTIONE DEL MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE**
- ☐ **ACQUISIZIONE ATTREZZATURE E SUPERVISIONE DEI CONTRATTI**
- ☐ **QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE**

85 standards, 316 items ai quali attribuire un punteggio così definito:

SCORE DI VALUTAZIONE

CR	PR	MR	ScR	NR	NA
1	0,75	0,5	0,25	0	
100%	75%	50%	25%	0%	

Le indicazioni date per la prima compilazione hanno previsto un primo test per valutarne l'applicazione con scadenza il 1° semestre 2012 e la richiesta di segnalare come e in quali aree, durante gli audit interni, si rendeva necessario l'inserimento di ulteriori modifiche e/o integrazioni. Contestualmente il GdL aveva sviluppato una

seconda check-list di autovalutazione relativa alle verifiche per le attività di riabilitazione. Le autovalutazioni, formalizzate dalla D.G. Salute sono state inserite in SMAF (Sistema Modulare Acquisizione Flussi) e gestite come tutti i flussi del debito informativo. Le autovalutazioni sono pervenute in Direzione Generale Sanità correttamente compilate e registrate nel sistema in modo da effettuare:

- estrazioni mirate su tematiche di interesse ad esempio data set minimi per aree di miglioramento clinico e organizzativo
- effettuare delle valutazioni verificando i punteggi inseriti evidenziando le priorità del miglioramento e quindi la sostenibilità
- uniformare la raccolta degli elementi di misura del miglioramento dell'organizzazione per consentire il confronto fra strutture con la presenza di serie storiche e analisi dei trend
- avere una visione sistemica aziendale per dare evidenza dei miglioramenti ottenuti

Importante obiettivo dato era che le comparazioni con il Piano di Miglioramento potessero rendere possibile lo sviluppo congiunto di tutti i processi, l'individuazione delle criticità e la valorizzazione delle buone pratiche per arrivare alla creazione di un confronto tra pari e al consolidamento di un sistema di miglioramento della qualità regionale.

5. ELABORAZIONE DI UNA PROGETTUALITÀ PER LO SVILUPPO DEI PIANI DI MIGLIORAMENTO

Il successo delle organizzazioni dipende oggi in misura sempre maggiore dalla loro capacità di innovarsi e devono spesso cambiare significativamente rispetto al loro modo di operare attuale. Anche quando avessero adottato i principi suggeriti in ciascuna di queste prospettive, le organizzazioni devono continuamente ottimizzare il proprio funzionamento e adattarlo ai nuovi mutamenti del contesto. Si può dire dunque che il cambiamento è intrinseco alle nuove logiche organizzative delle aziende contemporanee. Le resistenze sono dunque il problema maggiore che le imprese devono affrontare per poter effettivamente trasformarsi con successo. La gestione del cambiamento, ovvero "un approccio sistematico per affrontare il cambiamento di un'organizzazione nel suo complesso e degli individui che la compongono", diventa dunque un aspetto centrale per il successo delle organizzazioni. La gestione del cambiamento fa riferimento da un lato ad *aspetti metodologici*, di impostazione del processo che il cambiamento deve seguire e di strumenti e tecniche che possono supportare le diverse fasi e attività. Dall'altro, fa invece riferimento ad *aspetti organizzativi e manageriali*, e in particolare ai ruoli e alle responsabilità che le diverse persone possono assumere nei processi di cambiamento e alla leadership che i manager possono esprimere per facilitarlo. Se questi sono aspetti comuni a tutti i cambiamenti di un'organizzazione, è però importante sottolineare come non tutti i percorsi di cambiamento siano uguali. I cambiamenti possono essere diversi per intensità, ampiezza, percorsi seguiti, obiettivi, vincoli, e così via. Si configurano dunque diverse tipologie di cambiamento, ciascuna delle quali richiede processi, metodologie, strumenti, organizzazione e gestione anche molto diversi. Per cambiamento organizzativo si intende il processo attraverso il quale un'organizzazione modifica la sua condizione presente, individuando nuovi assetti per il proprio sistema di *creazione del valore*, al fine di accrescerne l'efficacia. Il concetto di cambiamento è strettamente collegato a quello di *innovazione*. Ogniqualevolta si manifesta un'innovazione nel contesto, essa si ripercuote sulle organizzazioni generando cambiamenti. Ma possono essere le organizzazioni stesse a generare innovazione, creando dunque un vantaggio. In questo senso l'innovazione organizzativa è un concetto più ampio rispetto al

cambiamento, in quanto si riferisce a situazioni in cui non solo l'organizzazione cambia, ma cambia applicando idee, modelli, tecnologie, valori del tutto nuovi.

ATTIVITA' ANNO 2013

Nel 2013 la Direzione Generale Salute, come indicato nel programma di attività annuali nell'ambito del Miglioramento della qualità e sicurezza del paziente, ha individuato tre macro aree di lavoro:

- revisione e definizione della check-list di autovalutazione
- sviluppo di indicatori
- linee guida per la stesura dei Piani di Miglioramento.

Queste tematiche rappresentavano, di fatto, un unico insieme di attività da sviluppare con una logica di continuità e di interdipendenza tra le parti. Per sviluppare il programma di miglioramento sono stati avviati tre tavoli di lavoro con la partecipazione dei Responsabili aziendali della funzione Qualità e da operatori esperti nel settore impegnati nei processi di miglioramento continuo nelle strutture ospedaliere lombarde.

Gli obiettivi sono stati così individuati e distribuiti:

- Tavolo 1 CHECK LIST DI AUTOVALUTAZIONE : con l'obiettivo di aggiornare/sistematizzare la check list di autovalutazione delle strutture sanitarie, strumento di valutazione del grado di raggiungimento degli standard applicati in Regione Lombardia nell'anno 2012, predisponendo una edizione nuova integrata comprensiva di requisiti per l'Area dei Servizi di Medicina di Laboratorio e di Diagnostica per Immagini;
- Tavolo 2 INDICATORI : con il compito di predisporre una serie di raccomandazioni sulla selezione e gestione degli indicatori di governo/performance degli ospedali e degli indicatori di monitoraggio interno dei processi che si sviluppano dalla check-list di autovalutazione;
- Tavolo 3 PIANI DI MIGLIORAMENTO : con il compito di sviluppare il Piano Integrato per Il Miglioramento dell'Organizzazione.

L'esito dei lavori è descritto negli elaborati riportati in seguito.

ATTIVITA' TAVOLO DI LAVORO 1

Il gruppo di lavoro ha avviato l'elaborazione della check-list di autovalutazione, l'individuazione di relazioni con lo sviluppo del piano di miglioramento, l'inserimento di aree e indicatori utili per le verifiche interne; il lavoro ultimato nel 2013 è descritto nelle attività dell'anno 2014 considerando la sintesi di tutte le revisioni effettuate . L'autovalutazione effettuata con l'è formalmente adottata dal secondo semestre del 2013.

ATTIVITA' TAVOLO DI LAVORO 3

Il gruppo di lavoro ha elaborato la **“Raccomandazione per la elaborazione e lo sviluppo del piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione nelle strutture sanitarie accreditate della Regione Lombardia”**

Il miglioramento continuo è un insieme di attività dirette a tenere sotto controllo e a migliorare processi ed esiti mediante un sistema di obiettivi, indicatori, procedure organizzative e di linee guida e la verifica della loro applicazione ed efficacia. Affinché le organizzazioni possano rinnovarsi e migliorare giorno dopo giorno, con continuità, è necessario che il miglioramento sia considerato un'attività strutturata, cioè sviluppata secondo progetti ed obiettivi definiti ed integrati, sistematica, guidata dai responsabili e sottoposta a revisione durante la sua realizzazione; è quindi un vero e proprio processo, nell'ambito del quale vengono definiti gli obiettivi, le relative fasi e individuati vincoli, tempi, responsabilità, risorse, indicatori e risultati. Il modello implica il coinvolgimento del cittadino e delle parti interessate, nella definizione della

qualità dei servizi offerti e nella promozione e sviluppo della propria capacità di contribuire al benessere personale e collettivo (empowerment), secondo i principi della tracciabilità e della comunicazione trasparente.

Il Piano Integrato di Miglioramento dell' Organizzazione costituisce il riferimento unitario ed integrato per la gestione aziendale dei cambiamenti organizzativi, disegnato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo; è orientato ad evidenziare i risultati ottenuti dalla struttura, in termini di qualità dei servizi offerti e delle cure prestate, raggiunti anche mediante una appropriata gestione economico-finanziaria. La Raccomandazione e gli strumenti suggeriti sono proposti alle Strutture sanitarie per:

- colmare il gap che esiste fra le scelte strategiche di medio-lungo periodo e gli strumenti di attuazione, oggi, principalmente orientati al breve periodo;
- focalizzare l' attenzione sui processi che generano attività e valore nelle strutture sanitarie (creazione di servizi, percorsi organizzativi, percorsi clinico-assistenziali), integrando la logica della visione economico-finanziaria, insufficiente da sola a consentire di recuperare valore dalle attività sanitarie.

La Raccomandazione, con la metodologia e gli strumenti proposti, intende:

- supportare le direzioni strategiche nella programmazione pluriennale e annuale delle attività, attraverso la visione sistemica ed integrata dell'organizzazione, secondo uno sviluppo dinamico temporale;
- rafforzare il collegamento fra le scelte strategiche di medio-lungo periodo e gli strumenti di attuazione, oggi, principalmente orientati al breve periodo;
- favorire il collegamento degli strumenti istituzionali di programmazione e gestione, senza incrementarli né duplicarli, sintetizzando nel modello proposto le diverse aree e gli ambiti di interesse, a vantaggio della coerenza della decisione strategica;
- condurre l' organizzazione alla creazione di valore; per fare ciò è universalmente riconosciuta la necessità di superare la logica della sola visione economico-finanziaria, insufficiente allo scopo e di orientare l' attenzione sui processi aziendali;
- rendere evidenti il percorso per il miglioramento continuo e gli strumenti necessari, prevedendo il coinvolgimento di tutti i livelli dell' organizzazione;
- promuovere lo sviluppo del patrimonio di competenze multidisciplinari delle organizzazioni, riguardo le metodologie del miglioramento continuo;
- promuovere la comunicazione interna ed esterna:
- dei risultati raggiunti in tutti gli ambiti, in termini di benefici per i cittadini, di progressi ottenuti, di corretto ed appropriato uso delle risorse
- degli obiettivi per il miglioramento continuo

La Raccomandazione è indirizzata alle Direzioni Strategiche, con il coinvolgimento di tutte le funzioni interessate delle Strutture Sanitarie, accreditate con il Sistema Sanitario Regionale (SSR). La Raccomandazione si applica al processo di gestione del miglioramento continuo dell' organizzazione, nelle fasi che vanno dall'analisi dei bisogni alla pianificazione e monitoraggio dei piani di miglioramento fino alla comunicazione dei risultati raggiunti.

L'attività è effettuata per riscontrare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia dei piani a conseguire gli obiettivi stabiliti. Il vertice aziendale deve riesaminare il sistema di gestione per la qualità per assicurarne la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia.

La Direzione Strategica è responsabile:

- a. della gestione del processo di pianificazione, programmazione e monitoraggio del miglioramento dell'organizzazione;
- b. di assicurare che il processo di pianificazione, programmazione e monitoraggio del miglioramento dell'organizzazione sia realizzato tramite il **Responsabile della valutazione e del miglioramento della qualità** (di seguito denominato **Responsabile per la Qualità**).

Le Strutture di line e di staff della Direzione Strategica hanno la responsabilità di:

- a) effettuare il riesame di competenza, a consuntivo dell'anno,
- b) proporre obiettivi operativi di miglioramento,
- c) attuare, per le parti di competenza, il **Piano integrato per di miglioramento dell'organizzazione** approvato;
- d) misurare e monitorare le attività.

PIANO INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE

Il Miglioramento dell'Organizzazione si concretizza nel governo del processo di formulazione e realizzazione degli obiettivi aziendali.

AREE CHIAVE DEL MIGLIORAMENTO

La azienda sanitaria assume come riferimento di contesto le aree chiave di miglioramento; le AREE individuate trovano riferimento nella sintesi operata da AGENAS, che lungi dall'essere proposta quale modello esclusivo di riferimento, si ritiene costituisca una concreta visione di contesto e rappresenta anche una possibile classificazione di riferimento per gli obiettivi ed i relativi indicatori. In essa sono racchiuse di fatto tutte le prospettive applicabili all'organizzazione sanitaria:

1. Economico-Finanziaria,
2. Processi interni,
3. Crescita ed innovazione,
4. Clienti.

CRITERI PER LA SCELTA DEGLI OBIETTIVI

Le scelte strategiche effettuate devono essere orientate alla Azienda sanitaria nel suo complesso, alla qualità dei risultati di salute da raggiungere sia per i singoli utenti dei servizi sia per la intera comunità; gli obiettivi di miglioramento rappresentano tutte le dimensioni della qualità riconosciute e definite dall' Institute of Medicine: efficacia, tempestività, sicurezza, efficienza, equità, orientamento al cittadino.

CORRISPONDENZA DEI LIVELLI ORGANIZZATIVI

Il Piano deve essere adeguato e differenziato per livelli organizzativi:

- a. istituzionale
- b. delle direzioni strategiche
- c. delle direzioni operative

VALORIZZARE LE INFORMAZIONI FORNITE DAI SISTEMI INTERNI DI VALUTAZIONE DEI PROCESSI

L'organizzazione ai vari livelli direzionali deve applicare strumenti di autovalutazione dei propri processi:

- a. la Scheda di autovalutazione di Regione Lombardia;
- b. i Manuali specificamente orientati a sviluppare aree di eccellenza;

c. le informazioni generate dalla applicazione degli strumenti di rilevazione del rischio e i report provenienti dai sistemi di auditing interno applicati a tutti gli ambiti dell' azienda e a tutti i processi.

L' organizzazione deve dare evidenza ai risultati da essi generati traducendo in obiettivi specifici le aree non completamente raggiunte o critiche.

1. PIANIFICAZIONE STRATEGICA

In questa fase si strutturano le attribuzioni per lo sviluppo del piano. Per ogni obiettivo, identificato deve essere identificato il/i corrispondente/i indicatori mediante un approccio metodologico corretto.

1.1 - Valutazione degli Elementi in Ingresso al Riesame

Obiettivi

L'obiettivo di questa fase preparatoria del "Riesame della Direzione Strategica" è quello di acquisire, comprendere e valutare, tutte le informazioni disponibili e necessarie per predisporre i primi obiettivi per il miglioramento dell'organizzazione. Elementi da considerare sono, ad esempio, i verbali dei riesami di ogni singola struttura, laddove disponibili, il cruscotto direzionale, il consuntivo dei risultati raggiunti, con particolare riferimento alle Regole di Sistema.

Responsabilità

La Direzione Strategica è responsabile dell'avvio formale di questa fase.

Il Responsabile per la Qualità è responsabile della raccolta degli elementi in ingresso al Riesame della Direzione Strategica e della predisposizione del relativo rapporto.

Le singole Strutture sono responsabili del proprio riesame interno, a partire dagli elementi in ingresso e forniscono al Responsabile per la Qualità la documentazione di competenza opportunamente schematizzata e corredata dei commenti eventualmente necessari.

Modalità attuative

La Direzione Strategica invia comunicazione formale alle Strutture, indicando la tempistica del processo.

Il Responsabile per la Qualità coordina:

- la raccolta degli elementi in ingresso, la documentazione e delle informazioni necessarie, elaborate a partire dagli elementi in ingresso. A tal fine per agevolare la raccolta delle informazioni necessarie è stato predisposto un elenco (indicativo e non esaustivo) degli Elementi in ingresso-Ambiti di interesse la cui analisi è necessaria per sviluppare il Piano di Miglioramento dell'Organizzazione (Tabella 1);
- la raccolta degli ulteriori elementi in ingresso, a valenza aziendale (obiettivi di mandato, vincoli di risorse ecc.);
- la rielaborazione e la analisi dei risultati raccolti;
- la redazione del rapporto per il Riesame della Direzione Strategica.

Output

Il risultato finale di questa fase è il Rapporto per il riesame della Direzione Strategica che identifica il primo elenco di obiettivi e proposte di miglioramento. Nella tabella sono indicati gli ambiti aziendali ed i relativi elementi caratterizzanti le attività da gestire per il miglioramento. Per elementi in ingresso si intendono i requisiti ed i dettami normativi derivanti da disposizioni nazionali, regionali, locali, aziendali, oltre che gli esiti delle verifiche e delle valutazioni compiute dall'organizzazione nel periodo precedente. La presente lista di elementi in ingresso è uno strumento dinamico, che rappresenta un elenco indicativo e non esaustivo, suscettibile di modifiche. In generale gli elementi in ingresso prevedono l'effettuazione di analisi dello stato di realizzazione/avanzamento di precedenti azioni e la definizione di aree di miglioramento. Elementi in ingresso sono derivanti anche dalla attività in capo a Commissioni e Comitati laddove previsti e dal monitoraggio dei relativi processi (ad es.: CCIO ecc.)

ELEMENTI IN INGRESSO-AMBITI DI INTERESSE	
AMBITO	REPORT ATTESO DA ANALIZZARE PER SVILUPPARE IL PIANO DI MIGLIORAMENTO
ECON-FINANZIARIO	situazione economico-finanziaria
STRUTTURA	requisiti di accreditamento
	manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori
	verifiche impianti
	documento di valutazione dei rischi
TECNOLOGIE	governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)
	Farmacovigilanza
	dispositivo sorveglianza
	uso in sicurezza dei farmaci
	valutazione ed aggiornamento del prontuario aziendale
SISTEMI INFORMATIVI	progetto SISS
	disaster recovery
	continuità operativa
RISORSE UMANE	requisiti di accreditamento
	analisi del fabbisogno di personale
	governo del clima aziendale - "CUG / Stress lavoro correlato"
	sicurezza del posto di lavoro, infortuni e sorveglianza sanitaria
	analisi dell'attività formativa erogata
	rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi
	valutazione e sviluppo delle competenze
	accreditamento provider (ove presente in azienda)
ORGANIZZAZIONE	obiettivi di mandato
	segnalazioni dei cittadini
	rilevazione della qualità percepita (<i>customer</i>)
	strategie della comunicazione aziendale
	gestione del rischio clinico
	gestione del contenzioso
	verbali e reports afferenti a Comitati con partecipazione aziendale
	indicatori dei processi sanitari ed organizzativi dell'assistenza
	qualità della documentazione sanitaria
	qualità dei flussi informativi
	monitoraggio liste d'attesa
	recepimento delle comunicazioni dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.lgs 231/01
	adeguamenti del Codice Etico e del Modello Organizzativo
	prevenzione della corruzione, dell'illegalità e trasparenza
	tutela dei dati personali sensibili e genetici
	semplificazione e dematerializzazione
	qualità dei fornitori
	qualità dei servizi forniti in outsourcing
	esiti degli audit interni e di parte terza
	riesame obiettivi medio termine
	sviluppo di processi secondo il metodo HTA
AUTOVALUTAZIONE	riesame delle autovalutazioni

1.2. Coinvolgimento ed Integrazione

Obiettivi

L'obiettivo di questa fase consiste nell'effettuare il "Riesame della Direzione Strategica", a partire da tutti gli elementi in ingresso, raccolti con la Fase A1. L'intento è quello di perseguire un approccio sistemico ed integrato delle azioni di miglioramento delle diverse aree aziendali anche attraverso il coinvolgimento diretto dei responsabili dei processi chiave nella presentazione e discussione dei risultati raggiunti e nella formulazione delle proposte di nuovi obiettivi o azioni di miglioramento.

Responsabilità

La Direzione Strategica è responsabile di convocare le funzioni interessate e condurre la riunione di riesame della direzione, con il supporto del Responsabile per la Qualità. Tutte le funzioni interessate sono responsabili di partecipare attivamente.

Modalità attuative

La Direzione strategica e i partecipanti a questa fase che si conclude con la riunione di riesame, prendono visione del *Rapporto di riesame* e:

- valutano la coerenza e la congruenza tra i risultati raggiunti e gli obiettivi assegnati;
- analizzano le opportunità di integrazione, coinvolgendo le funzioni interessate e favorendo la visione unitaria dell'organizzazione, mediante la condivisione degli obiettivi comuni;
- riconducono gli obiettivi di singole aree/funzioni ad obiettivi trasversali;
- promuovono uno o più momenti di incontro per la presentazione e la discussione dei risultati con i responsabili dei processi chiave al fine di favorire il confronto diretto e una migliore interpretazione delle informazioni raccolte;
- valutano la congruenza/coerenza delle opportunità di miglioramento emerse dai risultati dell'analisi e dal confronto con i responsabili di processo rispetto agli obiettivi strategici aziendali;
- trasformano i risultati della analisi in "proposte di obiettivi" (azioni di miglioramento dell' organizzazione).

Output

Il prodotto di questa fase è il "Verbale del Riesame di Direzione Strategica", documento che sintetizza le decisioni e individua le azioni in merito al miglioramento dell' organizzazione e all'allocazione delle risorse. Esso comprende :

1. la situazione di partenza (elementi in ingresso);
2. il Bilancio Preventivo Economico;
3. i vincoli esterni;
4. gli ambiti di miglioramento:
 - a. gli obiettivi cogenti di origine esterna-istituzionali;
 - b. gli scostamenti rispetto ai requisiti dell' accreditamento istituzionale;
 - c. gli scostamenti rispetto agli standard attesi;
 - d. gli obiettivi proposti dai responsabili dei processi chiave;
 - e. gli obiettivi a valenza trasversale proposti dai dipartimenti;
 - f. gli obiettivi "innovativi" indicati dalla Direzione Strategica;
 - g. le raccomandazioni per il miglioramento a valenza dipartimentale.

1.3. Individuazione delle priorità'

Obiettivi

L'obiettivo di questa fase è quello di :

1. selezionare gli obiettivi
2. assegnare le priorità di breve, medio e lungo periodo, realisticamente attuabili, in base alle risorse disponibili.

Le priorità saranno individuate sulla base delle esigenze espresse dal contesto di riferimento dell' azienda (bisogni assistenziali), dei processi aziendali più significativi o che presentano particolari rischi, dai vincoli e priorità poste dal livello istituzionale.

Responsabilità

La Direzione Strategica, coadiuvata dalle funzioni tecniche di supporto, è responsabile dell'individuazione delle priorità e della relativa assegnazione di risorse. Il Responsabile per la Qualità è responsabile di coordinare l'analisi delle priorità, sulla base di strumenti condivisi (esempio: matrici importanza-fattibilità). *Le strutture di line e staff* partecipano alla valutazione preliminare dei criteri di priorità

Modalità attuative

La Direzione strategica individua le priorità, sulla base di espliciti criteri, a partire dall'analisi dei bisogni, da criteri di economicità, dai vincoli di legge, in coerenza con la mission e stabilisce:

- gli obiettivi, gli indicatori e i valori attesi (standard);
- i relativi tempi di realizzazione;
- le risorse da assegnare a livello macro

Criteri e modalità per definire le priorità

Per raggiungere lo scopo l'organizzazione segue il seguente percorso:

1. Individua e aggiorna i Fattori rilevanti per l'organizzazione
2. Valuta l'impatto delle aree di debolezza sull'organizzazione (IMPORTANZA)
3. Valuta la capacità di attuare gli obiettivi di miglioramento riferiti alle aree di debolezza
4. Sceglie le priorità

Aggiornamento dei Fattori rilevanti per l'organizzazione

I fattori rilevanti per l'organizzazione sono stabiliti sulla base di modelli di riferimento della qualità totale, ovvero sugli elementi determinanti la mission e la politica dell'organizzazione. Tali fattori determinano la performance dell'organizzazione e si traducono negli obiettivi strategici e di mandato.

La Direzione Strategica, coadiuvata dal Responsabile per la Qualità e dai Dirigenti delle funzioni di staff, annualmente aggiorna i fattori rilevanti per l'organizzazione, alla luce delle regole di sistema del SSR, delle Cogenze legali nazionali e dell'innovazione e sviluppo dei prodotti/servizi erogati.

Valutazione dell'impatto delle aree di debolezza sull'organizzazione IMPORTANZA

Le aree di debolezza presentate ed esaminate nel Riesame di Direzione e relativo Verbale (output delle fasi presenti) sono valutate in base al grado di impatto sui fattori rilevanti.

Valutazione della capacità di attuare gli obiettivi di miglioramento riferiti alle aree di debolezza FATTIBILITÀ'

Gli obiettivi di miglioramento rivolti alle aree di debolezza rilevate nel Riesame sono valutati in termini di:

- disponibilità nell'organizzazione del complesso delle risorse da impiegare per portare a termine l'iniziativa in esame (risorse umane per numero e competenza, risorse materiali come attrezzature, sistemi informatici, logistica, risorse economiche quali budget per investimenti);
- tempi di realizzazione

La scelta delle priorità da parte della Direzione Strategica si avvale dell'orientamento presentato dalla matrice **IMPORTANZA – FATTIBILITÀ'**, che permette di mettere a fuoco le iniziative su cui concentrarsi maggiormente. Dal momento che la scelta delle priorità non può essere un atto puramente meccanicistico, la discussione è volta a giudicare la validità e correttezza delle motivazioni che hanno portato all'assegnazione degli score di valutazione, apportando tutte le modifiche che appaiono necessarie (verificare ad esempio se ci siano iniziative che hanno come prerequisito la realizzazione di altre azioni, situazioni molto critiche che richiedono un'immediata attuazione, e altro ancora) e considerando ulteriori parametri, come i tempi di adeguamento per le cogenze legali e l'opportunità di considerare non solo le iniziative strategiche, che devono essere comunque attuate, ma anche quelle di breve durata che possono dimostrare al personale a tutti i livelli il raggiungimento di risultati a

valore aggiunto, per favorire il coinvolgimento e la partecipazione. Alla fine della discussione la Direzione strategica definisce una scala di priorità, derivata dal prodotto tra i tre score previsti dalla **matrice importanza – fattibilità**, che si riflette sulla declinazione degli obiettivi operativi negoziati con il processo di budget.

Output

Il prodotto di questa fase è il preliminare del PIANO INTEGRATO per il MIGLIORAMENTO dell' ORGANIZZAZIONE, in sostanza un elenco degli obiettivi strategici, declinati in ordine di priorità, suddivisi per tempi di realizzazione, con i relativi indicatori, in coerenza con le risorse disponibili. Ogni obiettivo deve essere esplicitamente definito e corredato dal relativo indicatore (scheda indicatore:razionale e formula di calcolo). La validazione in ordine alla congruità dell' indicatore e alla sue possibilità di monitoraggio deve essere espressa dalle funzioni competenti (Qualità, Direzione Medica di Presidio, CdG). Devono essere privilegiati indicatori estraibili da fonti informative già disponibili.

2. APPROVAZIONE DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO

In questa fase viene delineato il processo per validare il piano di miglioramento
Formalizzazione e ufficializzazione del piano di miglioramento.

2.1 Formalizzazione e ufficializzazione del piano di miglioramento

Obiettivi

Si deve dare evidenza a tutti i livelli organizzativi del forte *commitment* della Direzione Strategica circa la sua implementazione.

Responsabilità

La Direzione Strategica è responsabile dell'approvazione del Piano di Miglioramento e del sostegno delle politiche per la sua diffusione interna ai vari livelli organizzativi. In questa fase la Direzione Strategica è coadiuvata dalle funzioni tecniche di supporto.

Modalità attuative

Il Responsabile per la Qualità, con il contributo delle funzioni tecniche di supporto e dei responsabili dei processi chiave, redige il **Piano Integrato per il Miglioramento annuale**, secondo quanto emerso in fase di discussione e individuazione delle priorità (Fase A3), e lo sottopone alla approvazione della Direzione Strategica.

La struttura del Piano di Miglioramento deve prevedere almeno:

1. gli obiettivi generali da raggiungere,
2. i livelli di responsabilità,
3. il piano temporale delle attività (cronoprogramma),
4. le risorse per realizzare gli obiettivi
5. gli strumenti di monitoraggio che concorreranno a integrare il cruscotto direzionale.

In considerazione della dinamicità che un tale piano deve garantire, la definizione di alcuni dei dettagli sopra descritti possono essere rimandati a momenti successivi, ma nel Piano deve comunque essere identificato il responsabile della definizione dei dettagli richiesti ed il termine entro il quale devono essere definiti.

Una volta redatto, il Piano di Miglioramento deve essere:

1. deliberato/ formalmente approvato dalla Direzione Strategica;
2. riesaminato dalla stessa ad intervalli pianificati per assicurare la continua adeguatezza alle Linee di indirizzo dei livelli sovraordinati e/o coordinati;
3. diffuso all'organizzazione mediante una strategia di comunicazione interna capillare (es. Intranet aziendale), ma adattata ai diversi livelli aziendali ai quali si rivolge. La diffusione esterna presuppone una rielaborazione finalizzata al diverso target e significato della comunicazione.

Output

Il prodotto di questa fase è il Piano di Miglioramento approvato, suddiviso in

1. obiettivi pluriennali
2. obiettivi di breve periodo.

Il Piano prevede l'individuazione dei livelli organizzativi ai quali sono affidati gli obiettivi.

3. PROGRAMMAZIONE

In questa fase gli obiettivi contenuti nel Piano devono essere declinati alle UUOO in una forma operativa.

Obiettivi

In particolare si indica come gli obiettivi di attività (volumi e case mix di prestazioni) vanno declinati valutando l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza dei servizi e l'equità di accesso. In questa fase sono sottoposti a verifica di fattibilità attraverso il concorso della line operativa.

Responsabilità

La Direzione individua un Responsabile di questa fase. Se viene identificato un responsabile non appartenente a funzioni sanitarie, la direzione individua un responsabile sanitario che, durante la contrattazione, si interfaccia con le UUOO per tutti gli aspetti relativi alle prestazioni sanitarie ed alla organizzazione delle attività.

Modalità attuative

Alla approvazione e diffusione del Piano segue la sua declinazione operativa ai vari livelli organizzativi, attraverso l'identificazione ed assegnazione di obiettivi specifici attuativi delle indicazioni e decisioni strategiche emerse, ovvero l'adattamento alle UUOO degli standard da raggiungere, in relazione alle diverse condizioni di partenza. La declinazione degli obiettivi di breve periodo ai Dipartimenti ed alle UU.OO. avviene partendo dal *Piano degli obiettivi di breve periodo*, mediante il processo di budgeting: qualora non tutti gli obiettivi siano inseriti nelle schede di budget, le UUOO dispongono di un'altra scheda contenente tutti gli obiettivi loro declinati. Non devono essere presenti altri strumenti di programmazione oltre a quelli indicati. E' importante considerare che se è richiesta dai livelli istituzionali la predisposizione di Piani o Programmi specifici secondo logiche diverse (Piano di Risk di Management, Piano delle performance, ecc.), questi elaborati sono una estrapolazione sintetica del *Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione* e ne rappresentano una declinazione di ambito specifico. Essi vanno sempre ricordati con esso al fine di non determinare duplicazioni ridondanti nella raccolta di dati, generando talora incongruenze di valutazione e confusione nell'organizzazione. E' predisposta una prima versione degli obiettivi per i dipartimenti e per le UUOO corredata dei rispettivi indicatori e risultati attesi, quale base per la contrattazione di budget. Questa versione è, di norma, redatta dalle Funzioni Responsabili dell'Organizzazione (Direzione Medica, SITRA), dalla Funzione Risorse Umane e dal Controllo di Gestione. La bozza viene inviata alle strutture dipartimentali di line ed agli Staff, per una valutazione preliminare agli incontri con le UUOO. Di norma, gli incontri avvengono secondo una regolamentazione disposta a livello aziendale fra un Comitato (detto Comitato di budget) ed i Rappresentanti dei dipartimenti (Staff) e degli Organi di staff. In tali incontri si confermano, modificano gli obiettivi e si individuano le condizioni necessarie alla loro realizzazione. Gli incontri si chiudono con la predisposizione di una versione finale degli obiettivi, che dovrà essere approvata dalla Direzione Generale, previo giudizio di fattibilità espresso, per esempio, da parte del Comitato di budget, ove istituito.

Assegnazione delle Responsabilità e Pianificazione degli obiettivi specifici

Come già detto, il **Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione** si articola in un **Piano di Miglioramento Pluriennale** ed in un **Piano Annuale**. Il Piano Annuale può ricomprendere Piani attuativi (di ambito).

Il responsabile di un Piano Attuativo può essere:

- Il Responsabile della funzione organizzativa coinvolta, nel caso in cui le azioni di miglioramento rientrino tra le attività operative di una sola funzione;
- Il Responsabile di un Gruppo di lavoro interfunzionale (esempio CCIO- Comitato Controllo Infezioni Ospedaliere), nel caso in cui le azioni di miglioramento siano trasversali all'organizzazione.

A questa fase fa seguito la pianificazione degli obiettivi da parte del Responsabile individuato per ciascun obiettivo, (Direttore di Dipartimento o di UUOO o Responsabile di progetto trasversale). Per ognuno dei Piani attuativi il Responsabile verifica la presenza e completezza dei seguenti elementi, che dovrebbero già essere stati predisposti nel Piano di Miglioramento e li completa laddove necessario con:

- Date inizio e fine
- Modalità di monitoraggio e responsabile monitoraggio
- Necessità formative (verifica di coerenza con piano della formazione)
- Stima delle risorse necessarie
- Verifica di sostenibilità (verifica di coerenza con risorse assegnate dal Piano Strategico)

I Piani Attuativi andranno poi articolati nel dettaglio, definendo le fasi di avanzamento. In fase di attuazione dei Piani è importante documentare le attività e le azioni di miglioramento poste in essere, attraverso la redazione di documenti, verbali, report, ecc. Nel corso del monitoraggio dei Piani, a periodicità preventivamente definite, si dovrà mantenere sempre la comunicazione continua dei risultati intermedi, alle eventuali criticità, al mantenimento della coerenza globale (di tempi e/o obiettivi) con il Piano Strategico, ai fini del mantenimento del quadro globale di riferimento assunto.

Output

Il Risultato di questa fase è la assegnazione di obiettivi annuali ai Dipartimenti, alle UUOO ed alle funzioni di staff. Poiché nell' esperienza già consolidata la numerosità degli obiettivi è alta si possono preferire due indirizzi non contrapposti ma funzionalmente differenti:

- a. il primo, che vede la scelta di riunire in un unico documento (scheda di budget) tutti gli obiettivi;
- b. il secondo, che distingue due tipologie di obiettivi, entrambi concorrenti alla valutazione complessiva delle strutture, di cui uno fortemente orientato agli aspetti organizzativi e clinici ed uno prettamente economico-finanziario.

4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISULTATI

In questa fase sono individuati i processi di valutazione e controllo degli obiettivi e le relative azioni di miglioramento.

4.1 - MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Obiettivi

Obiettivo di questa fase è garantire il riscontro periodico sullo stato di avanzamento degli obiettivi, fornire immediate evidenze degli scostamenti, rispetto all' atteso e attivare le conseguenti azioni. Comunicare ai vari livelli i risultati del monitoraggio intermedio.

Responsabilità

Il Responsabile per la Qualità è responsabile della raccolta dei risultati e della stesura dei report periodici. La complessità di questa fase è tale che risulta necessario disporre di un *piano del flusso informativo verso il collettore centrale*, in cui siano indicati i responsabili della raccolta e validazione dei risultati dei singoli obiettivi. Per ogni obiettivo deve essere individuato un **certificatore del risultato**, responsabile della verifica e validazione dei risultati raccolti. La scelta degli indicatori appropriati e la validazione dei risultati ottenuti sono momenti chiave del processo e devono essere presidiati da professionisti competenti.

Modalità attuative

Si propone il seguente schema:

Monitoraggio e valutazione di periodo

- 1) Gli obiettivi declinati alle UUOO possono richiedere una pianificazione dedicata ed un monitoraggio stretto (mensile) ovvero necessitare esclusivamente di un monitoraggio di più lungo periodo (quadrimestrale, semestrale);
- 2) La prima operazione da eseguire è classificare gli obiettivi secondo quanto indicato al comma precedente e procedere alla pianificazione ove richiesto;
- 3) Predisposizione ed invio di Report di monitoraggio degli obiettivi di budget (Controllo di Gestione);
- 4) Predisposizione del Report di monitoraggio periodico degli obiettivi di interesse strategico e di interesse delle funzioni organizzative operative (dipartimenti);
- 5) Tenuta del Cruscotto aziendale (Sistema di Gestione Qualità Aziendale);
- 6) Analisi degli scostamenti attuata mediante riesami periodici da parte dei dipartimenti e della direzione strategica (Sistema di Gestione Qualità aziendale e Funzioni di staff);
- 7) Individuazione e condivisione di azioni reattive agli scostamenti inattesi;
- 8) Declinazione alle UUOO delle azioni reattive.

Al termine del periodo di esercizio (annualità) le direzioni, ad ogni livello, esprimono valutazioni in ordine ai risultati raggiunti nel proprio RIESAME. Il Sistema di Gestione Qualità aziendale esprime la valutazione sui risultati raggiunti dall' organizzazione in ogni settore ed ambito chiave di interesse.

Output

Gli output di questa fase sono:

1. un report di commento ai risultati del monitoraggio periodico del budget;
2. un report di commento ai risultati del cruscotto aziendale (Sistema di Gestione);
3. un rapporto di valutazione a consuntivo sulla attuazione del Piano di Miglioramento annuale (Sistema di Gestione), contenente le indicazioni per il futuro.

5. RENDICONTAZIONE E TRASPARENZA

In questa fase si indicano i processi finali che chiudono la formulazione del piano di miglioramento.

5.1 REPORTING E COMUNICAZIONE

Obiettivi

L' Obiettivo di questa fase è garantire una comunicazione dei risultati raggiunti dall'organizzazione verso l'interno e verso l' esterno.

Responsabilità

Direzione Strategica tramite Il Rappresentante della qualità ed Il Responsabile della Comunicazione.

Modalità attuative

1. Il Rapporto di valutazione, redatto dal Sistema di Gestione Qualità Aziendale è diffuso alla organizzazione attraverso una comunicazione diretta e la pubblicazione nell' intranet aziendale;
2. La sintesi dei risultati e le prospettive future sono rappresentate all' organizzazione nella Conferenza Annuale dei Servizi a cura della Direzione Strategica;
3. I Direttori di dipartimento presentano e discutono i risultati raggiunti dalla organizzazione con gli operatori del dipartimento: le conclusioni trovano evidenza nel documento di RIESAME del dipartimento.
4. Una sintesi del Rapporto di Valutazione viene redatta in un linguaggio adatto alla comunicazione esterna e divulgato alla cittadinanza ed agli stakeholders, nonché pubblicato sulla internet aziendale.

Output

Il Rapporto di valutazione aziendale dei risultati raggiunti e del miglioramento conseguito dall' organizzazione con i suggerimenti per il futuro.

CRUSCOTTO AZIENDALE – IDENTIFICAZIONE E MONITORAGGIO DEGLI ELEMENTI DA MONITORARE NELLE AREE CHIAVE DEL MIGLIORAMENTO

Il cruscotto aziendale costituisce la fonte per i Piani richiesti dalle normative di settore (Piano delle performance, Risk Management, Trasparenza ecc.). In particolare, per gli aspetti pratici, alla composizione del “*cruscotto aziendale*” concorrono i seguenti indicatori rappresentativi di tutte le aree (economico-finanziaria, qualità delle cure ecc.):

primo livello:

- indicatori selezionati da Regione Lombardia (afferenti e non al sistema di valutazione delle aziende sanitarie)
 - indicatori atti al monitoraggio degli elementi individuati dalla “Check list di autovalutazione delle strutture sanitarie”, comprensivi sia della realizzazione di documentazione idonea alla gestione dei requisiti presenti sia della raccolta e riesame di elementi clinici ed assistenziali che rappresentano le priorità individuate da Regione attraverso la pubblicazione dell'allegato “indicatori”;
- secondo livello
- indicatori individuati dalle Aziende Sanitarie in relazione a specifici obiettivi economici e sanitari (per esempio derivati da AHRQ, AGENAS ecc.)

IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DELLA RACCOMANDAZIONE A LIVELLO AZIENDALE

Obiettivo è evidenziare il percorso di crescita dell' organizzazione.

Metodo di sviluppo e di lavoro

1. presentazione e distribuzione a opera della Direzione Strategica della raccomandazione ai responsabili delle funzioni aziendali (FA) che governano gli ambiti di interesse;
2. individuazione da parte della Direzione Strategica delle FA e il relativo Coordinatore per il governo dei piani di miglioramento e per la stesura del piano aziendale e delle verifiche periodiche sullo stato dell'arte dei progetti;
3. formazione sul metodo per l'implementazione della raccomandazione, finalizzata a:
 - a. individuazione e raccolta da parte delle FA del debito informativo ordinariamente già assolto per lo sviluppo della raccomandazione ed il debito residuo che richiede l'implementazione del piano di miglioramento;
 - b. Valutazione degli strumenti aziendali in uso e confronto con il contenuto delle variabili presenti nella raccomandazione;
 - c. Presentazione dei modelli per la raccolta dei progetti di miglioramento secondo i criteri della raccomandazione;
4. pianificazione dei tempi di attivazione delle procedure sottese dalla raccomandazione;
5. monitoraggio e riesame dello stato di applicazione della raccomandazione;
6. si deve dare evidenza della progressiva applicazione della raccomandazione documentando il consolidamento dei risultati raggiunti.

RAPPRESENTAZIONE DEL PROCESSO DI MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE



ATTIVITA' TAVOLO DI LAVORO 2:

L'esito del lavoro di questo gruppo è stata l'elaborazione della **“Raccomandazione per la elaborazione e lo sviluppo di Indicatori di valutazione degli ospedali e di monitoraggio interno dei processi aziendali”**.

Indicatori per il monitoraggio interno dei processi aziendali

A partire dal Decreto legislativo n° 502 del 30 dicembre 1992, e successive modificazioni, si è progressivamente affermata l'esigenza di migliorare il livello qualitativo dell'assistenza sanitaria e di introdurre un sistema di “verifica e revisione della qualità delle prestazioni come metodo adottato in via ordinaria” attraverso il monitoraggio di indicatori.

Nel D.M. Sanità 11/04/94 gli indicatori sono così definiti: “Gli indicatori rappresentano informazioni selezionate allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, di orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali”. Il monitoraggio di indicatori della qualità rappresenta, pertanto, un impegno, da parte dell'Azienda, di controllo e miglioramento rispetto alla qualità dei propri servizi e delle proprie prestazioni sanitarie. Poiché l'assistenza sanitaria è un prodotto complesso e multidimensionale, e i fenomeni da tenere sotto controllo sono molteplici, eterogenei e ricchi di interrelazioni reciproche, è evidente come nessun indicatore possa, da solo, definire compiutamente la *performance* di una organizzazione sanitaria. E' necessario puntare, pertanto, su uno o più insiemi di indicatori in grado di fornire segnali informativi riguardanti una pluralità di fenomeni che vanno dalla dotazione di risorse strutturali alla spesa, dalla organizzazione delle prestazioni al miglioramento prodotto nello

stato di salute dei pazienti. Le grandi organizzazioni sanitarie, a livello sia internazionale sia nazionale, hanno elaborato e proposto sistemi di indicatori per la valutazione della performance delle prestazioni sanitarie (certificazione ISO 9000, accreditamento di "eccellenza" JCAHO, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), modello inglese (CPA) o olandese (CCKL), verifica e revisione della qualità (VRQ), Total Quality Management (TQM), modello europeo di Qualità totale sostenuto dall'European Foundation for Quality Management). In particolare, la Joint Commission specifica che "Il miglioramento della qualità e la sicurezza del paziente sono guidati e indirizzati dai dati. L'utilizzo efficace dei dati si realizza al meglio nel più ampio contesto delle pratiche cliniche basate sull'evidenza e delle pratiche manageriali basate sull'evidenza. Dato che le organizzazioni sanitarie, in genere, dispongono di risorse limitate, non sono materialmente in grado di raccogliere i dati per misurare tutte le possibili aree di interesse. Di conseguenza, ogni organizzazione deve scegliere i processi e gli esiti clinici e manageriali più importanti da misurare in base alla propria missione, ai bisogni dei pazienti e ai servizi da essa erogati. La misurazione è spesso focalizzata su quei processi che sono ad alto rischio per il paziente, che producono grandi volumi d'attività o che sono problematici per natura. I leader dell'organizzazione hanno la responsabilità di effettuare la selezione definitiva delle misure chiave (indicatori) da includere nelle attività per il miglioramento della qualità dell'organizzazione (cruscotto della qualità)".

Recentemente il Ministero della Salute ha sviluppato il progetto SIVEAS (Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria), per l'elaborazione, in via sperimentale, di un primo gruppo di indicatori per misurare l'appropriatezza, l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati, elaborati a livello regionale. Il Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE), gestito da Agenas per conto del Ministero della Salute ha prodotto risultati che, nella loro attuale forma e modalità di pubblicazione, hanno l'obiettivo di supportare programmi di auditing clinico ed organizzativo e non costituiscono in alcun modo giudizi, pagelle, graduatorie. E' stato in particolare ribadito più volte che i risultati di PNE sono fortemente dipendenti dalla qualità dei dati SDO a livello nazionale, così come trasmessi dalle Regioni, e vanno letti e interpretati alla luce dei metodi di disegno di studio e di analisi statistica adottati da PNE. Pertanto, le attività di auditing a livello regionale e locale hanno avuto, e dovranno ancora avere, come prima fase, la valutazione della qualità dei dati e dei risultati: alle Regioni viene chiesto di valutare l'opportunità di sviluppare, nell'ambito dei programmi regionali di valutazione dell'assistenza, programmi di auditing clinico e organizzativo basati sulle valutazioni PNE. Agenas segnalerà alle Regioni le situazioni di criticità di ospedali e ASL che richiedono un approfondimento urgente, nell'ambito delle correnti funzioni di valutazione e controllo di ciascun SSR.

SCOPO

Scopo del presente documento è fornire raccomandazioni per la costruzione ed il monitoraggio di un sistema di indicatori all'interno di ciascuna Azienda che consenta di: Identificare un set di indicatori da suggerire alle Aziende Ospedaliere, ad integrazione del set di indicatori già previsto dal Sistema di Valutazione di Regione Lombardia e coerente con il sistema di valutazione del Ministero della Salute (AGENAS) e con quanto presente in letteratura rispetto ad altri sistemi di riferimento internazionale.

e costruire un sistema di indicatori che risponda ai seguenti requisiti:

- Rilevanza delle aree scelte ai fini del monitoraggio della Qualità delle prestazioni
- Trasferibilità e confrontabilità: validità della misura in un contesto generale (benchmarking)
- Consenso e condivisione: coinvolgimento attivo e consapevole della componente sanitaria nei processi di miglioramento della qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie

- Sostenibilità: possibilità di rilevazione nel contesto delle risorse disponibili, sulla base di dati già disponibili
- Fruibilità: capacità di orientare le decisioni con tempestività ai fini della verifica dell'efficacia dei miglioramenti

Individuare una serie di modelli utilizzabili dalle aziende accreditate come strumenti per la descrizione, raccolta ed elaborazione degli indicatori

CAMPO DI APPLICAZIONE

Le presenti raccomandazione si applicano a tutte le Aziende Ospedaliere pubbliche e private accreditate dal Sistema Sanitario Regionale

TERMINI E DEFINIZIONI

Indicatore di struttura

struttura - la struttura degli agenti sanitari che erogano il servizio ovvero le caratteristiche fisiche ed organizzative del sistema, del contesto ambientale dove si erogano le cure (es. dimensioni degli ambienti, le condizioni climatiche, i percorsi assistenziali, le dotazioni strumentali e tecnologiche, le ore di assistenza infermieristica, ecc.).

Indicatore di processo

processo- il processo produttivo necessario per erogare tali servizi, cioè le modalità con cui vengono effettuate le cure e, quindi, la serie di eventi, di attività, di prassi orientate ad ottenere un risultato (es. le modalità di accettazione, il rispetto delle norme di sicurezza, la compilazione delle cartelle cliniche, la loro archiviazione, ecc.).

Indicatore di esito (outcome)

esiti - i risultati sulla salute dell'utente dovuti all'erogazione di tali servizi, intesi come variazioni misurabili della salute o del suo contrario come la mortalità e le complicanze riconducibili a determinati interventi che possono essere specificati come eventi di natura clinica, fisiologica e biochimica, emozionale e cognitiva, psicosociale come il soddisfacimento del paziente).

Qualità e sicurezza sono aree fondamentali per tutti i professionisti sanitari e, pertanto, è necessario il monitoraggio continuo, l'analisi e il miglioramento dei processi clinici. Considerando che le organizzazioni sanitarie non sono in grado di raccogliere i dati per misurare tutte le possibili aree di interesse, è opportuno che ogni Azienda si doti di un sistema di monitoraggio interno, al fine di evidenziare tempestivamente eventuali criticità, individuare situazioni da sottoporre ad un'analisi più approfondita e programmare in un tempo appropriato gli eventuali interventi migliorativi.

Il sistema di indicatori AHRQ

Gli indicatori per il monitoraggio interno possono essere ricavati da differenti fonti di dati, distinguibili nelle seguenti due categorie:

- indicatori ricavabili dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO);
- indicatori calcolabili mediante informazioni desumibili da cartelle cliniche, registri di patologia, raccolte ad hoc, audit interni, segnalazioni degli operatori/utenti (sistemi di *incident reporting*, segnalazioni di caduta paziente, etc).

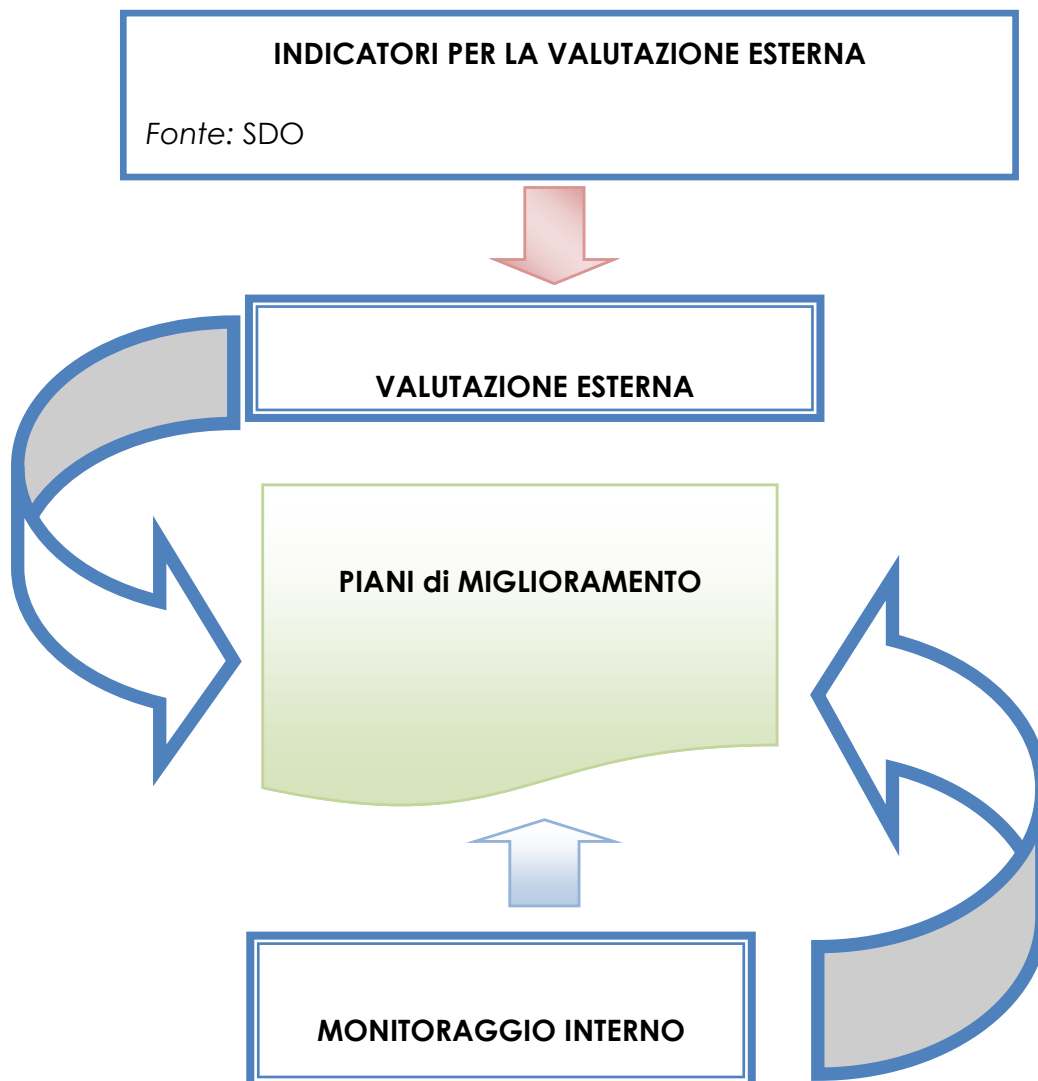
Per quanto riguarda gli indicatori ricavabili dalle SDO, si propone il sistema di indicatori dell'Agency for Healthcare Research and Quality (**AHRQ**) i cui principali punti di forza sono: è basato sui database amministrativi; è orientato alle misure di outcome; è un sistema di indicatori evidence-based progettato per uso pubblico. L'AHRQ, oltre a fornire precisi criteri di selezione (inclusione ed esclusione) di ciascun indicatore, mette a disposizione un software gratuito il cui utilizzo permette di ottenere risultati basati su criteri

di selezione omogenei tra le varie aziende e sulla stessa metodologia di aggiustamento. Tuttavia, è necessario sottolineare che i risultati degli indicatori per la valutazione esterna, basati su criteri di selezione non coincidenti con quelli dell'AHRQ e sull'utilizzo del modello multilevel per l'aggiustamento dei dati grezzi, non potranno corrispondere a quelli ottenuti mediante l'AHRQ, anche nel caso di uno stesso indicatore (per esempio mortalità per bypass aortocoronarico). Il sistema di indicatori AHRQ configura un sistema di monitoraggio di I livello che, ai fini di una corretta valutazione delle criticità e dei conseguenti interventi correttivi per l'implementazione dei **Piani di Miglioramento**, deve essere integrato dal calcolo di una serie di indicatori ad essi collegati (costruiti sulla base di informazioni desumibili da cartelle cliniche, registri di patologia o raccolte ad hoc) che configurano un monitoraggio di II livello. Quest'ultimo può essere effettuato mediante l'utilizzo di indicatori più orientati ai processi, come quelli sviluppati da altre Agenzie (ad esempio JCAHO/CMS, NQMC).

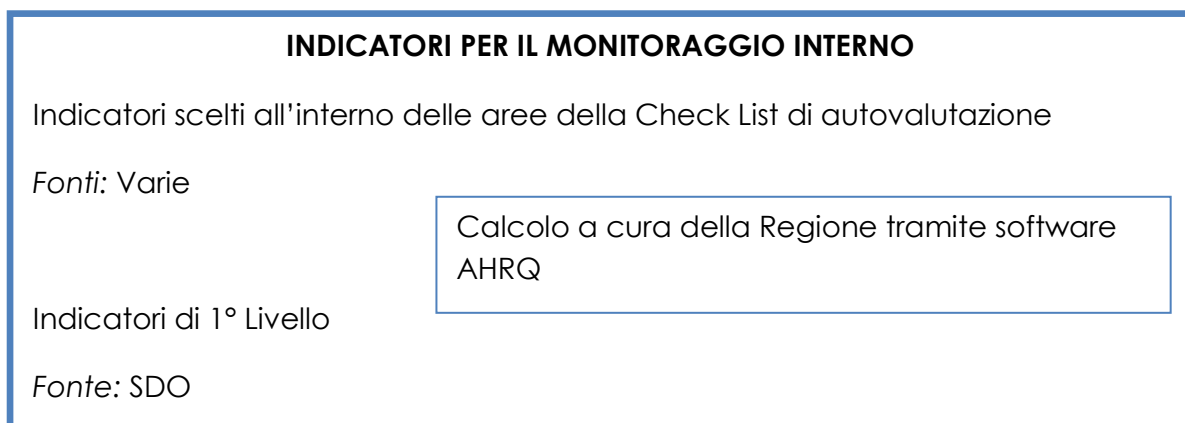
L'implementazione del sistema di indicatori AHRQ

Il processo di implementazione richiede sforzi iniziali per risolvere alcuni problemi attesi, relativi all'ottimizzazione dei flussi informativi, all'implementazione delle risorse informatiche (gratuite ed open source) e all'integrazione di alcune funzioni aziendali distinte e non sempre funzionalmente collegate: qualità, rischio, URP, controllo di gestione. Riguardo al sistema AHRQ, Regione Lombardia, tramite Lombardia Informatica Spa, si è mostrata disponibile ad utilizzare il software ed effettuare trimestralmente il calcolo degli specifici indicatori mettendoli a disposizione delle singole strutture tramite il portale regionale di governo. I risultati degli indicatori AHRQ rappresentano il punto da cui le strutture possono partire per effettuare analisi più approfondite che comprendono, tra l'altro, il calcolo degli indicatori di II livello. Tale attività richiede l'utilizzo di personale opportunamente addestrato. La dimensione del campione di casi da analizzare è funzione degli obiettivi di valutazione e della disponibilità di risorse. Lo step finale di tale processo è rappresentato dal feedback informativo ai clinici con l'organizzazione di incontri di audit e dalla definizione dei piani di miglioramento/revisione dei protocolli diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA) aziendali pertinenti.

SCHEMATIZZAZIONE CONCETTUALE SULL'UTILIZZO DEGLI INDICATORI Regione Lombardia



Strutture Ospedaliere pubbliche e private



Logo aziendale	Scheda indicatore			M
	Dipartimento/UO/Servizio _____			Rev.00
				data
DENOMINAZIONE DELL'INDICATORE:				
TIPOLOGIA INDICATORE	☐ struttura	☐ processo	☐ risultato	
DIMENSIONI DELLA QUALITÀ MISURATA	☐ efficacia	☐ efficienza	☐ continuità	☐ sicurezza
	☐ equità	☐ accessibilità	☐ tempestività	☐ appropriatezza
	☐ competenza	☐ soddisfazione cliente	☐ _____	☐ _____
RAZIONALE (fondamento logico)				
PROCESSO/ATTIVITÀ CUI SI RIFERISCE (area clinica/manageriale/ amministrativa)				
UU.OO./SERVIZI INTERESSATE/I				
RESPONSABILE RACCOLTA DATI				
RESPONSABILE ELABORAZIONE DATI				
FONTE DEI DATI				
RIFERIMENTO INTERNO O ESTERNO DELLO STANDARD (letteratura, normativa, bibliografia, ecc)				
DESTINATARIO DEI DATI/RISULTATI (non obbligatorio a discrezione dell'azienda)				
FREQUENZA RILEVAZIONE (raccolta dati: a campionamento, esaustivo)				
FREQUENZA ANALISI (elaborazione dati)				
STRUMENTI PER L'ANALISI DEI DATI (non obbligatorio a discrezione dell'azienda)				
INIZIO RACCOLTA DATI				
TIPO DI CALCOLO				
FORMULA				
NUMERATORE				
popolazione inclusa				
popolazione esclusa				
DENOMINATORE				
popolazione inclusa				
popolazione esclusa				
VALORE SOGLIA OBIETTIVO				
VALORE SOGLIA MINIMO				
VALORE SOGLIA MASSIMO				
DIREZIONE DEL MIGLIORAMENTO		☐ aumento	☐ diminuzione	☐ neutro

DATA approvazione _____ FIRMA Responsabile/Referente Qualità _____

DENOMINAZIONE DELL'INDICATORE: Nome e titolo dell'indicatore

TIPOLOGIA INDICATORE: Specificare se l'indicatore è misura di struttura, processo o di esito (output o outcome)

Struttura (cosa si ha a disposizione): caratteristiche fisiche ed organizzative del sistema, del contesto ambientale dove si erogano le cure e l'assistenza (es. dimensioni degli ambienti, le condizioni climatiche, i percorsi assistenziali, le dotazioni strumentali e tecnologiche, sistemi di sicurezza e antincendio funzionanti, numero e qualifica del personale, ecc.).

Processo (come si sta lavorando): le modalità con cui vengono effettuate le cure, l'assistenza e, quindi, la serie di eventi, di attività, di prassi orientate ad ottenere un risultato (es. le modalità di accettazione, il rispetto delle norme di sicurezza, la compilazione delle cartelle cliniche/infermieristiche/riabilitative, la loro gestione e archiviazione, ecc.).

Esito (conseguenza/risultato sul cliente/assistito dopo la prestazione sanitaria-assistenziale): risultati sulla salute dell'utente dovuti all'erogazione di servizi/prestazioni sanitarie, intesi come variazioni misurabili della salute o del suo contrario come la mortalità e le complicanze riconducibili a determinati interventi che possono essere specificati come eventi di natura clinica, fisiologica e biochimica, emozionale e cognitiva, psicosociale come il soddisfacimento del paziente).

DIMENSIONI DELLA QUALITÀ MISURATA: identificare i principali criteri di valutazione. Sono aspetti definibili e misurabili della qualità che permettono di comprendere quali aspetti dell'assistenza non funzionano e stabilire come migliorarli. Sono:

Efficacia attesa (Efficacy): misura la capacità potenziale di una certa prestazione sanitaria di modificare in modo favorevole le condizioni di salute della persona a cui è rivolta, quando essa venga applicata in condizioni ottimali. È la capacità di un trattamento di modificare in senso positivo la storia naturale di una condizione, dimostrata durante uno studio sperimentale, con casistiche selezionate e con motivazioni del personale e condizioni organizzative migliori di quelle della pratica quotidiana. (QA 3; 1992).

Efficacia pratica (Effectiveness): descrive l'efficacia di un intervento manifestata durante la sua applicazione nelle condizioni di routine, con casistiche poco selezionate e di solito con minor controllo dell'adesione e peggiori condizioni organizzative di quelle proprie di uno studio sperimentale (QA 3; 1992). Il livello di efficacia pratica raggiunta con le cure non può andare oltre i limiti definiti dalla scienza medica.

Efficienza: si riferisce al rapporto tra i risultati ottenuti dagli interventi e le risorse impiegate per realizzarli. Sono più efficienti i servizi che a parità di risultato costano di meno e a parità di risorse offrono i migliori risultati.

Competenza tecnico-scientifica: esprime il livello di applicazione, nel processo delle cure, delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili per migliorare la salute della popolazione e il grado di soddisfare degli utenti.

Appropriatezza (Appropriateness): la selezione, tra gli interventi efficaci per una data malattia, di quello che più facilmente produce gli outcome desiderati per un dato individuo. Il grado in cui l'assistenza fornita è importante ai fini dei bisogni clinici del paziente, dato lo stato corrente delle conoscenze (JCAH, 1997). È la capacità del sistema Sanitario di erogare prestazioni che siano utili ai singoli casi trattati.

Accettabilità: descrive il grado di apprezzamento del servizio ricevuto da parte dell'utente/assistito.

Adeguatezza e accessibilità: la prima esprime la capacità del servizio sanitario di assicurare le cure appropriate a tutti coloro che ne hanno veramente bisogno, in modo che l'assistenza sanitaria risulti distribuita tra tutta la popolazione. La seconda deve aiutare ad individuare i bisogni non soddisfatti della popolazione di riferimento, studiare le cause che impediscono a determinati gruppi di ricevere l'assistenza, produrre e mettere in atto le possibili soluzioni. Capacità di disporre e organizzare servizi affinché siano facilmente utilizzabili dagli utenti che ne hanno necessità.

Tempestività: capacità di rispondere efficacemente, nel più breve tempo possibile, ad un problema di salute.

Continuità: grado di coordinamento degli interventi delle diverse figure professionali, delle diverse organizzazioni produttive e delle diverse fasi produttive.

Soddisfazione degli utenti: capacità di dimostrare che gli interventi assistenziali effettuati sulla persona hanno prodotto accettabilità e soddisfazione.

PROCESSO/ATTIVITÀ CUI SI RIFERISCE (AREA clinica/manageriale, amministrativa): Area applicabile UU.OO./Dipartimenti/Servizi/aree esterne, ecc.

FONTE DEI DATI: Cartella clinica, cartella infermieristica, report audit interni, report sopralluoghi, ecc
RIFERIMENTO INTERNO O ESTERNO DELLO STANDARD (letteratura, normativa, bibliografia, ecc)

Indicare il valore (numero) standard di riferimento tratto dalla letteratura o costruito sullo storico aziendale.

Bibliografia: Indicare, se esistente, letteratura specifica (nazionale, internazionale, Soc. Scientifica,...) indicante lo standard di riferimento.

DESTINATARIO DEI DATI: Responsabile UO/Servizio o altra funzione aziendale.

INIZIO RACCOLTA DATI: periodo di riferimento per la raccolta dei dati.

TIPO DI CALCOLO: Esplicitare se si tratta di un tasso/percentuale (in cui il numeratore è un sottoinsieme della popolazione del denominatore: esempio – n° pazienti morti per IMA / tot. pazienti ricoverati per IMA), un rapporto (il numeratore non è un sottoinsieme della popolazione del denominatore ma numeratore e denominatore sono in relazione tra loro: esempio – n. casi polmonite acquisita da ventilazione automatica / n° giornate di ventilazione automatica-), una variabile continua (una semplice media matematica: esempio – età media dei. pazienti con caduta accidentale/ n. tot pazienti con caduta accidentale-).

FORMULA: percentuale /valore assoluto.

NUMERATORE: Descrizione del numeratore. Esempio: n. dei casi di polmonite riscontrati in UO di terapia intensiva esposti alla ventilazione meccanica per più di 48 ore

- popolazione inclusa: Criteri di inclusione dei casi del numeratore. Esempio: tutti i casi di polmonite riscontrati in UO di terapia intensiva esposti alla ventilazione meccanica per più di 48 ore

- popolazione esclusa: Criteri di esclusione dei casi dal numeratore. Esempio: pazienti ventilati meccanicamente per un tempo $\leq$ a 48 ore, altri tipi di polmonite non correlabile alla ventilazione meccanica.

DENOMINATORE: Descrizione del denominatore.

- popolazione inclusa: criteri di inclusione dei casi del denominatore

- popolazione esclusa: criteri di esclusione dei casi dal denominatore

VALORE SOGLIA OBIETTIVO: Il valore-obiettivo è un indice finalizzato al controllo qualitativo o quantitativo di un processo o di un prodotto, espresso in un numero, non assoluto, ma collegato al range di accettabilità. Inserire il valore (numero) che l'UO/Servizio si prefigge di raggiungere nel periodo di riferimento.

VALORE SOGLIA MINIMO: range di accettabilità minimo.

VALORE SOGLIA MASSIMO: range di accettabilità massimo.

DIREZIONE DEL MIGLIORAMENTO: L'andamento dei dati rispetto all'obiettivo che ci si prefigge o allo standard di riferimento.

ATTIVITA' ANNO 2014

Per l'anno 2014 lo sviluppo di sistemi di gestione all'interno delle aziende sanitarie è stato uno dei principali obiettivi strategici. E' fondamentale superare le logiche delle singole funzioni aziendali (direzioni operative, uffici di staff, controllo di gestione ecc.) per realizzare modalità gestionali che sappiano orientarle sinergicamente sugli obiettivi. Si è ritenuto importante attivare processi che generano attività e valore nelle strutture sanitarie (creazione di servizi, percorsi organizzativi, percorsi clinico-assistenziali), integrando la logica della visione economico-finanziaria, insufficiente da sola a consentire di recuperare valore dalle attività sanitarie.

Infatti, affinché le organizzazioni possano rinnovarsi e migliorare giorno dopo giorno, con continuità, è necessario che il miglioramento sia considerato un'attività strutturata, cioè sviluppata secondo progetti ed obiettivi definiti ed integrati, sistematica, guidata dai responsabili e sottoposta a revisione durante la sua realizzazione; è quindi un vero e proprio processo, nell'ambito del quale vengono definiti gli obiettivi, le relative fasi e individuati vincoli, tempi, responsabilità, risorse, indicatori e risultati.

Le attività di miglioramento continuo sono continuate con la costituzione del gruppo di lavoro regionale **"MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ E SICUREZZA DEL PAZIENTE"** con ddg n. 1685 del 28.02.2014. con l'obiettivo di sviluppare:

- il Piano integrato di miglioramento dell'organizzazione all'interno del programma di Miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente in un'ottica di promozione della qualità come sostenuto nella proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio sulla istituzione del programma "Salute per la Crescita" - 3° programma pluriennale d'azione della UE in materia di salute per il periodo 2014-2020, obiettivo 2;
- gli strumenti di monitoraggio e la valutazione delle strutture di ricovero e cura; in sinergia con la Direzione Generale Salute - UO Governo dei dati delle strategie e piani del Sistema Sanitario. Le attività indicate sono state riprese nella dgr 2989 del 23.12.2014 *"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015"* e nella dgr 1796 del 08.05.2014 *"Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza e definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2014"*. Per il primo anno sono stati coinvolti tutti gli uffici qualità delle ASL lombarde con lo scopo di avviare, attraverso la loro partecipazione, l'integrazione delle attività di cura all'intero sistema socio-sanitario con i seguenti obiettivi:
- sviluppo del Piano integrato di miglioramento dell'organizzazione;
- predisposizione del Manuale per il supporto e l'accompagnamento delle strutture nella realizzazione del Piano integrato di miglioramento;
- monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori di monitoraggio interno dei processi;
- sviluppare indicatori per le reti di patologia;
- verificare e validare le proposte tecnico organizzative che derivano dalle attività poste in essere per il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente.

Le attività programmate, condivise con tutti i componenti del Network, sono state individuate nelle tre macro aree: Check-list di autovalutazione, Indicatori e Piano integrato di Miglioramento, i progetti operativi per il raggiungimento degli obiettivi indicati nella d.g.r. n. X/1185 del 20.12.2013 *"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014"*. Sono stati definiti i seguenti progetti:

- Sviluppo del **piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione**
- Sviluppo degli **indicatori di monitoraggio interno dei processi aziendali**
- Definizione di **indicazioni a supporto della check-list** di autovalutazione
- Sviluppo di **nuovi requisiti di Aree specialistiche particolari**

per ogni progetto è stata prevista la collaborazione dei responsabili della qualità aziendale e loro collaboratori oltre a quella di operatori in possesso di esperienza e qualificate competenze sulla valutazione della qualità e delle performance delle strutture di ricovero e cura accreditate e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale. Al fine di ottimizzare i lavori è stato chiesto alle aziende di aderire ad un solo progetto lavori ed organizzare dei sottogruppi dove la tipologia di progetto lo preveda come, ad esempio, per le attività di sviluppo degli indicatori di monitoraggio interno dei processi aziendali che prevedono uno specifico coinvolgimento delle A.S.L.

Al termine della raccolta adesioni sono stati strutturati i seguenti gruppi progetto:

1. Sviluppo PIMO
2. Sviluppo indicatori di monitoraggio interno
3. Sviluppo di indicazioni a supporto della check-list

Con i risultati descritti in seguito per ogni area di lavoro. Per aiutare le attività previste dagli obiettivi 2014 sono state organizzate due giornate formative all'interno delle quali sono state sviluppate le indicazioni, supportate da teorie e lavori scientifici e sistema informatizzato per la gestione dei dati ed informazioni, per approfondire e meglio comprendere lo svolgimento dei lavori dei gruppi.

SVILUPPO INDICATORI DI MONITORAGGIO INTERNO

Nel corso delle attività del 2014 il gruppo di lavoro collegato al progetto SVILUPPO INDICATORI ha deciso di individuare delle aree tematiche per progettare gli indicatori.

Le aree individuate sono state: percorsi di Pronto Soccorso, Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e sistema AHRQ. I partecipanti al gruppo di lavoro hanno, al termine dei lavori, presentato delle schede utili per l'inserimento degli indicatori individuati nel sistema più articolato del monitoraggio interno delle aziende ospedaliere.

Nel portale di governo della Regione Lombardia sono stati resi disponibili i dati relativi a due dei quattro moduli di indicatori proposti da AHRQ:

1. INPATIENT QUALITY INDICATORS
2. PATIENT SAFETY INDICATORS

Tutti gli indicatori sono calcolati per presidio con frequenza trimestrale, sulla base del flusso SDO.

1. INPATIENT QUALITY INDICATORS (IQI)

Si tratta di un modulo composto da 32 indicatori che misurano la qualità delle cure all'interno degli ospedali. Tali indicatori sono classificabili in tre categorie:

- Indicatori di volume: sei misure calcolate per alcune procedure per cui vi è evidenza che un volume maggiore sia associato a minore mortalità, sono calcolati come conteggio dei ricoveri in cui tali procedure sono state erogate.
- Indicatori di mortalità: quindici misure per condizioni cliniche o procedure per le quali i tassi di mortalità variano in modo significativo tra ospedali e per le quali si è evidenziato che una alta mortalità potrebbe essere associata a minore qualità nell'assistenza.

Tali indicatori sono costruiti come tassi, il numero di decessi viene rapportato al numero di ricoveri per la specifica procedura o condizione clinica.

- Indicatori di utilizzazione: undici misure che valutano la numerosità di procedure per le quali si è evidenziata una problematica di sovra-sotto utilizzazione o misuse. Sette di questi indicatori sono misurati sulla base della popolazione dei ricoverati per presidio ospedaliero mentre i restanti quattro (indicatori n. 26, 27, 28, 29) sono calcolati sulla base della popolazione residente per area; poiché le analisi sono svolte per presidio, per questi ultimi indicatori, ad oggi, sono disponibili solo i dati relativi al numeratore e non al denominatore.

2. PATIENT SAFETY INDICATORS (PSI)

Si tratta di un modulo composto da 24 indicatori che, calcolati alla dimissione del paziente, forniscono una visione globale sulla sicurezza in ospedale. In particolare, gli indicatori PSI vagliano problemi che il paziente sperimenta come risultato dell'esposizione al sistema sanitario e che potrebbero essere prevenuti attraverso cambiamenti a livello di sistema o di struttura sanitaria, ci si riferisce dunque a complicanze e a eventi avversi.

Gli indicatori di sicurezza possono essere classificati in due categorie:

- Indicatori a livello di struttura: 17 misure che evidenziano complicanze potenzialmente evitabili insorte nel corso del ricovero. Questi indicatori includono solo i casi in cui la possibile complicanza è riportata come diagnosi secondaria.
- Indicatori a livello di area: 7 misure catturano tutti i casi di complicanze potenzialmente evitabili che accadono in una determinata area geografica (es. una provincia), vengono considerate sia quelle insorte durante il ricovero che quelle insorte nel

periodo successivo, che hanno comportato una seconda ospedalizzazione. Questi indicatori includono i casi senza distinzione tra diagnosi principale e diagnosi secondarie. Si tratta di sette indicatori, simili ad alcuni formulati a livello di struttura ma calcolati per area (es. indicatore n. 16 a livello di struttura “reazioni trasfusionali per pazienti ricoverati in un presidio”, indicatore n. 26 a livello di area “reazioni trasfusionali per pazienti residenti in una provincia”). Al momento i dati vengono elaborati per presidio e non per area, pertanto, anche questi indicatori vengono calcolati come se fossero misure di struttura, cioè con al denominatore i pazienti ricoverati, tuttavia, ottengono risultati diversi dagli indicatori di struttura veri e propri poiché, come già detto, considerano anche le possibili complicanze riportate in diagnosi principale.

SVILUPPO CHECK-LIST DI AUTOVALUTAZIONE

REVISIONE E DEFINIZIONE della CHECK LIST DI AUTOVALUTAZIONE nelle strutture sanitarie accreditate della Regione Lombardia

Il lavoro di revisione e di definizione della check-list di autovalutazione è nato dall'esigenza di migliorare uno strumento operativo già a supporto delle aziende per la verifica del proprio livello di implementazione del processo di miglioramento della qualità dei servizi offerti. L'utilizzo di una check list quale strumento per la periodica autovalutazione è mutuato dall'esperienza pluriennale maturata durante il progetto di Regione Lombardia terminato nel 2011 in collaborazione con Joint Commission International e permette alle aziende di mantenere un sistema di monitoraggio dei propri processi di gestione della salute capace di rilevare in modo sensibile le aree su cui realizzare i miglioramenti.

Con l'obiettivo di dare continuità rispetto al passato, già dal 2012, nell'ambito del Gruppo di lavoro “Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente”, la Regione ha favorito la creazione di un tavolo di lavoro sulla check list di autovalutazione (progetto 3) composto da rappresentanti di strutture sanitarie pubbliche e private accreditate che si è posto i seguenti obiettivi:

- derivare dalle due check list in uso per l'auto valutazione nel 2012, una per strutture di ricovero e cura per acuti e una per strutture di riabilitazione, i presupposti per la redazione di una check list unica rilasciata per l'autovalutazione dal secondo semestre 2013;
- focalizzare l'attenzione sulle componenti documentali ed operative riscontrabili nei vari item della check list di autovalutazione stessa;
- definire delle indicazioni a supporto della compilazione della check-list di autovalutazione.

L'esito del lavoro degli altri due tavoli che hanno rispettivamente predisposto la raccomandazione “**INDICATORI DI VALUTAZIONE DEGLI OSPEDALI E DI MONITORAGGIO INTERNO DEI PROCESSI AZIENDALI**” e sviluppato la raccomandazione regionale per la stesura del “**PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE NELLE STRUTTURE SANITARIE ACCREDITATE DELLA REGIONE LOMBARDIA**” rappresenta di fatto un unico insieme di attività da sviluppare con una logica di continuità ed interdipendenza rispetto all'esito del lavoro sulla check list di autovalutazione.

Obiettivi del lavoro di revisione della check list di autovalutazione

Le attività del gruppo si sono focalizzate sul consolidamento delle modalità di monitoraggio degli standard regionali per renderle omogenee in modo da poter garantire un supporto

alle direzioni strategiche per il controllo delle attività e promuovere il coinvolgimento di tutti gli operatori ai vari livelli dell'organizzazione attraverso la comunicazione interna ed esterna.

PROCESSO DI REVISIONE della check list di autovalutazione

Il processo di revisione la “**CHECK LIST DI AUTOVALUTAZIONE**” delle Strutture Sanitarie, ha portato alla predisposizione di nuova edizione integrata per strutture sanitarie per acuti e per strutture riabilitative, comprensiva di requisiti precedentemente non previsti per l'Area dei Servizi di Medicina di Laboratorio e per i Servizi di Diagnostica per Immagini. Il lavoro svolto dai componenti del tavolo ha avuto come obiettivo primario la capitalizzazione di impegno, lavoro e risorse utilizzate da tutte le strutture sanitarie coinvolte nei precedenti progetti regionali; questo anche per ottimizzare tutti i contributi forniti dalle singole organizzazioni della Regione Lombardia.

Rispetto alle check list precedenti sono stati introdotti i seguenti cambiamenti (analizzati singolarmente di seguito):

1. Check list di autovalutazione unica
2. Inserimento di aree specifiche non presenti
3. Revisione dei criteri punteggi
4. Inserimento della premessa per ogni area
5. Inserimento riferimenti normativi per area
6. Inserimento dei requisiti di accreditamento per gli item pertinenti
7. Inserimento dei riferimenti agli indicatori Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) per gli item pertinenti.

Check-list autovalutazione unica

L'unione della check list “acuti” e della check list “riabilitazione” nasce dall'esigenza di utilizzare un unico strumento per rendere omogenea la modalità di valutazione di processi spesso condivisi in strutture a duplice orientamento, per acuti e di riabilitazione, salvaguardando comunque la possibilità di tenere divise le valutazioni di processi invece peculiari all'uno o all'altra tipologia di orientamento. Premessa al lavoro di unione è stata la attenta comparazione delle 15 aree e dei 316 items per quella per “acuti” e delle 16 aree e dei 319 items per quella di riabilitazione secondo i criteri sotto dettagliati:

- items comuni: sono stati resi maggiormente dettagliati e stringenti;
- items specifici: conservati ed integrati nella check list;
- revisione lessicale di tutti gli items;
- eliminazione di ridondanze responsabili di ambiguità di interpretazione (sono state eliminate le aree informazioni al paziente e famigliari e sostituite con items integrati nell'area della educazione del paziente e famigliari);
- le aree sono state ordinate secondo la logica del percorso del paziente (sono stati spostati ed ordinati sequenzialmente l'area trasferimento del paziente, educazione del paziente e famigliari e dimissioni ed anticipata l'area del processo di valutazione del paziente dopo l'area di accesso ai servizi di cura ed assistenza);
- gli items sono stati ordinati per contenuto e per coerenza alle aree;
- sono stati accorpati i requisiti che non presentavano differenze;
- i requisiti specifici per la riabilitazione sono stati mantenuti.

Inserimento di aree specifiche non presenti

Nelle versioni precedenti della Check list, gli item relativi al Servizio di Medicina di Laboratorio ed al Servizio di Diagnostica per Immagini erano contenuti nell'area “Processo Valutazione del paziente” e più specificatamente negli item 6.7.1 “*L'organizzazione ha stabilito i tempi attesi di refertazione dei risultati delle analisi di laboratorio e delle indagini radiologiche*” e 6.7.4 “*Nei servizi di laboratorio e radiologia sono in uso programmi di*

controllo della qualità e programmi di radioprotezione". Le precedenti check list valutavano pertanto già questo aspetto, ma in modo limitato ed orientato solo alla tempestività della refertazione. L'integrazione con un'intera area nasce dall'esigenza di far entrare nel circuito virtuoso dell'autovalutazione aree quali la diagnostica per immagini e la medicina di laboratorio da sempre abituate a presidiare in autonomia la qualità dei loro processi, inserendole con gli altri macro processi dell'ospedale restituendo il valore aggiunto di una visione a 360 gradi sul percorso del paziente. Item specifici per poter garantire la tenuta sotto controllo dei settori aziendali sopra evidenziati sono stati inseriti subito dopo l'area dedicata al Processo di Cura.

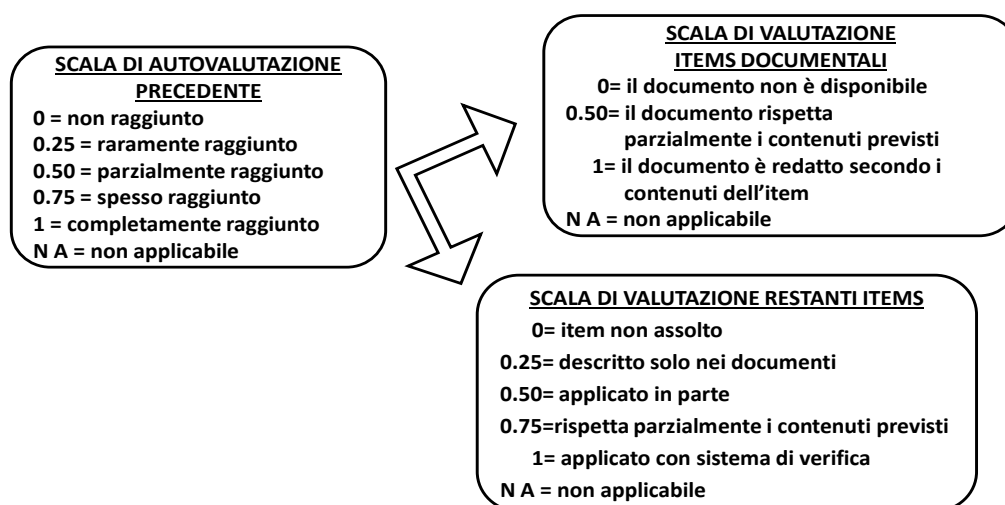
SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO	N° item	SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	N° item
Fase pre analitica	11	Fase pre diagnostica	5
Controlli di qualità	9	Fase diagnostica e refertazione	13
Fase analitica	2		
Fase post analitica	8		

Revisione dei criteri di punteggio di autovalutazione

Il processo di revisione ed aggiornamento nasce dall'esigenza di rendere più preciso e puntuale il criterio di assegnazione del punteggio di autovalutazione al fine di rendere lo strumento più sensibile a rilevare cambiamenti e criticità e al fine di rendere più omogeneo il confronto tra aziende. Il tavolo di lavoro ha condiviso il passaggio da un punteggio omogeneo per tutta la check list a due tipologie di punteggio per gli item di processo e gli item documentali.

Tabella 4 Revisione punteggio

check list unica: revisione criteri punteggio di autovalutazione



Validazione DELLA check-list DI AUTOVALUTAZIONE

Il tavolo di Lavoro ha condiviso l'utilizzo "volontario" integrativo della check-list unica per l'autovalutazione del 2° semestre 2013 proprio per evidenziare ed eliminare i punti deboli. Inoltre è stata condivisa la modalità di analisi delle eventuali criticità fornendo il metodo di classificazione degli items con scala di tipo nominale concordata per la validazione. Infine negli ultimi incontri, prima del rilascio a tutte le Aziende, sono stati confrontati i risultati e apportate ulteriori modifiche/revisioni di seguito elencate:

- inserimento della premessa per ogni area
- inserimento riferimenti normativi per area
- inserimento dei requisiti di accreditamento per gli item pertinenti
- inserimento riferimenti agli indicatori P.I.M.O. per gli item pertinenti

CHECK LIST DI AUTOVALUTAZIONE

Vedi allegato parte integrante del documento PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE.

Gli Autori

Luca	Merlino	Regione Lombardia - D.G. Salute
Maurizio	Bersani	Regione Lombardia - D.G. Salute
Elisabetta	Brivio	Regione Lombardia - D.G. Salute
Anna	Trotta	Regione Lombardia - D.G. Salute
Chiara	Radice	A.O. "Ospedale Civile Di Legnano"
Paola	Albera	A.O. della Provincia Di Pavia
Manuela	Gosio	A.O. della Provincia di Pavia
Pierfranco	Mirabile	A.O. della Provincia di Pavia
Vanna	Toloni	A.O. della Valtellina e della Valchiavenna
Annalisa	Alberti	A.O. "G. Salvini" Garbagnate
Laura	Gorini	A.O. "Ospedale Di Circolo E Fondazione Macchi" - Varese
Anna	Cremaschi	A.O. "Ospedale Treviglio Caravaggio" Di Treviglio
Flavia	Gherardi	A.O. Bolognini Seriate
Enrico	Burato	A.O. Carlo Poma Di Mantova
Antonio	Rovere	A.O. Presidio Desenzano
Paola	Goretti	A.O. Provincia di Lecco
Lucia Prestini	Prestini	A.O. Provincia di Lecco
Pasquale	Esposito	A.O. Provincia di Lodi
Paolo	Brusadelli	A.O. Desio e Vimercate
Luisa	Sormani	A.O. Desio e Vimercate
Fabrizio	Finzi	A.O. Fatebenefratelli - Oftalmico Milano
Alessandra	Grappiolo	A.O. Fatebenefratelli - Oftalmico Milano
Anna	Lampugnani	A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento
Ambra	Braga	A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento
Rina	Leonardi	A.O. Istituti Ospitalieri di Cremona

Alberto	Silla	A.O. Istituti Ospitalieri di Cremona
Luca	Maffei	A.O. Mellino Mellini - Chiari
Francesca	Gipponi	A.O. Opedale Maggiore Di Crema
Roberto	Sfogliarini	A.O. Opedale Maggiore Di Crema
Pietro	Barbieri	A.O. Ospedale di Circolo Di Melegnano - Mi
Nadia	Catellani	A.O. Ospedale di Circolo Di Melegnano - Mi
Mauro	Maistrello	A.O. Ospedale di Circolo Di Melegnano - Mi
Carla	Azan	A.O. Ospedale di Circolo Di Busto Arsizio
Giuseppe Danilo	Vighi	A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda
Francesco	Giglio	A.O. Ospedale San Carlo Borromeo
Maria Grazia	Cattaneo	A.O. Papa Giovanni XXIII
Maria Vincenza	Forleo	A.O. Polo Universitario - Luigi Sacco
Giorgia	Saporetti	A.O. Polo Universitario - Luigi Sacco
Ezio	Goggi	A.O. Polo Universitario - Luigi Sacco
Bianca	Ricciardella	A.O. San Gerardo Monza
Daniele	Turrini	A.O. San Paolo Mi
Anna Lisa	Fumagalli	A.O. Sant'Anna
Federica	Muglia	A.O. Sant'Anna
Paola	Zappa	A.O. Sant'Anna
Enrico	Comberti	A.O. Spedali Civili Di Brescia
Federica	Cottini	A.O. Spedali Civili Di Brescia
Giuliana	Mazzoleni	A.S.L. Bergamo;
Roberta	Chiesa	A.S.L. Brescia
Anna	Sannino	A.S.L. Como
Raffaella	Spinelli	A.S.L. Lecco
Maria	Albanesi	A.S.L. Lodi;
Maria Cristina	Oppezzo	A.S.L. Lodi;
Paola	Giuliani	A.S.L. Milano
Marco	Rossi	A.S.L. Milano
Maria Cinzia	Stellini	A.S.L. Milano
Roberta	Zanetti	A.S.L. Milano 2
Stefano	Boni	A.S.L. Milano 2
Donato	Offredi	A.S.L. Monza Brianza
Anna	Paiano	A.S.L. Pavia
Paola	Papavero	A.S.L. Pavia
Liliana	Tartero	A.S.L. Sondrio
Daniela	Piotti	A.S.L. Varese
Elisabetta	Pini	A.S.L. Varese
Bruna	Bertoli	ASL Vallecamonica-Sebino
Fabio	Besozzi	ASL Vallecamonica-Sebino
Maddalena	Degani	A. O. "OSPEDALE TREVIGLIO-CARAVAGGIO" TREVIGLIO
Luca	Brizzi	A. O. "OSPEDALE TREVIGLIO-CARAVAGGIO" TREVIGLIO
Giorgio	Carniel	C.C. Ambrosiana S.P.A.
Adriano	Tadioli	C.C. Ancelle Della Carità Cremona
Loredana	Facchinetti	C.C B. Palazzolo Di Bergamo
Flavia	Bosio	C.C B. Palazzolo Di Bergamo
Simona	Telesca	C.C Clinica Castelli
Annalisa	Giaquinto	C.C Igea Spa
Gianfranco	Pironi	C.C Igea Spa

Giulia Cristina	Chiocchi	C.C. Policlinico Spa - Mi
Maria Paola	Garancini	I.San Raffaele Turro
Andrea	Micheletti	I.San Raffaele Turro
Eleonora	Perini	Casa Di Cura San Clemente Di Mantova
Elena	Pravettoni	Casa Di Cura San Giovanni Srl
Adele	Andriulo	Casa di cura Villa Esperia
Mauro	Ricca	Centro Di Riabilitazione Spalenza Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus
Enrico	Cristofori	Clinica San Carlo CC Privata Polispecialistica Spa - Paderno Dugnano
Luisa	Bramati	Cliniche Gavazzeni Spa
Roberto	Porta	Fondazione Don Gnocchi Onlus
Roberto	Porta	Fondazione Don Gnocchi Onlus
Maria Cristina	Bonaldi	Fondazione Europea Di Ricerca Biomedica (Ferb) Onlus
Silvana	Castaldi	Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
Maria antonella	Meneghini	Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
Anna Maria	Roli	Fondazione Irccs Istituto Nazionale Dei Tumori
Monica	Bricchi	Fondazione Irccs Istituto Neurologico C. Besta
Anna	Puliafito	Fondazione Irccs Policlinico San Matteo
Mariangela	Dallavalle	Fondazione Opera San Camillo-Casa Di Cura San Camillo
Valter	Gomarasca	Fondazione Poliambulanza
Chiara	Maugeri	Fondazione S. Maugeri Irccs
Giovanni	Rossi	Fondazione S. Maugeri Irccs
Anna	Vinci	Gruppo San Donato - Irccs Istituto Ortopedico Galeazzi - Milano
Daniela	Marzorati	I.A.I - Irccs S. Luca - S. Michele
Silvia	Navino	I.A.I - Irccs S. Luca - S. Michele
Luca	Mauro	IRCCS Multimedica (Gruppo Multimedica)
Giuseppe Aurelio	Gallo	IRCCS Policlinico San Donato
Elena	Centinaio	IRCCS Santa Maria Nascente - Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus
Monica	Chiussi	Casa Di Cura Villa San Giuseppe
Marco	Tettamanti	Istituti Clinici Zucchi (Presidio Di Carate Brianza)
Luca	Carpinelli	Istituti Clinici Zucchi (Presidio Di Monza)
Vincenzo	Ferreri	Istituti Ospedalieri Bergamaschi Srl – Policlinico San Pietro
Elena	Gargantini	Istituto Auxologico Italiano I.A.I - Irccs S. Luca - S. Michele
Dina	Paganoni	Istituto Clinico Beato Matteo
Silvio	Nicoletti	Istituto Clinico Città Studi SpA
Elena	Raspini	Istituto Clinico Habilita
Marco	Albini	Istituto Clinico Humanitas
Enrico Emanuele	Nelli	Istituto Clinico S.Anna
Antonino	Cannistrà	Istituto Clinico San Rocco Spa
Alfonso	Piccoli	Istituto Clinico San Rocco Spa
Lorenza	Lapucci	Istituto Clinico San Siro
Morena	Bissolati	Istituto Clinico Sant'Ambrogio Di Istituti Clinici Sant'Ambrogio E San Siro Spa
Franca	Gardinali	Istituto Di Cura Città Di Pavia Istituti Clinici Di Pavia E Vigevano S.R.L.
Pietro Luigi	Deriu	Istituto Europeo Di Oncologia IRCCS
Renzo	Bagarolo	Istituto Palazzolo Fondazione Don Gnocchi Onlus
Silvia	Guidorizzi	Istituto Palazzolo Fondazione Don Gnocchi Onlus
Alexa	Degola	Ospedale Di Suzzara S.P.A.
Annalisa	Martinelli	Ospedale Generale Di Zona Valduce - Como
Silvia	Simoncin	Ospedale Religioso Classificato Sacra Famiglia Fatebenefratelli - Erba
Federica	Tartarone	Ospedale San Pellegrino Srl Di Castiglione Delle Stiviere (Mn)

Cristiana
Eleonora
Pierluigi

Laghezza
Botta
Guidali

Policlinico Di Monza Casa Di Cura Privata S.P.A.
Policlinico San Marco Di Istituti Ospedalieri Bergamaschi Srl
A.O. Gallarate

AREE CHECK-LIST DI AUTOVALUTAZIONE

ORDINE	AREA
1	OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (OBI)
2	ACCESSO AI SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA (ACA)
3	PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE (PVP)
4	COORDINAMENTO E CONTINUITA' DELLE CURE (CCC)
5	INFORMAZIONE E DIRITTI DEL PAZIENTE (IDP)
6	PROCESSO DI CURA (PDC)
7	SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO (SML)
8	SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (SDI)
9	PROCESSO DI GESTIONE DEL FARMACO (PGF)
10	ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA E CHIRURGICA (AAC)
11	TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE (TDP)
12	EDUCAZIONE DEI PAZIENTI E FAMIGLIARI (EPF)
13	DIMISSIONI (DIM)
14	DOCUMENTAZIONE CLINICO-RIABILITATIVA (DCR)
15	ACQUISIZIONE ATTREZZATURE E SUPERVISIONE DEI CONTRATTI (AAS)
16	QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE (QDP)
17	PROCESSO DI GESTIONE DEL MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE (PGM)

Tabella 2 Aree e standard della check list di autovalutazione

AREA	STANDARD
OBI 1	IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE - OBI 1
OBI 2	COMUNICAZIONI TELEFONICHE E VERBALI - OBI 2
OBI 3	GESTIONE DEI FARMACI AD ALTO RISCHIO - OBI 3
OBI 4	CHIRURGIA SICURA - OBI 4
OBI 5	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI - OBI 5
OBI 6	PREVENZIONE E GESTIONE DEI DANNI CONSEGUENTI A CADUTA - OBI 6
ACA	1 Screening ed accoglienza 1.1 Processo di accettazione e ricovero dei pazienti e gestione dei pazienti ambulatoriali 1.2 Valutazione dei pazienti con bisogni urgenti 1.3 Barriere linguistiche, culturali e strutturali 1.4 Criteri di accesso e trasferimento alle unità di terapia intensiva
PVP	2.1 Valutazione iniziale del paziente 2 Tempestività del processo di valutazione iniziale 2.2 Valutazioni personalizzate 2.3 Valutazioni prechirurgiche 2.4 Pianificazione della dimissione 2.5 Rivalutazione dei pazienti
CCC	3 Coordinamento delle cure per la continuità clinico-assistenziale 3.1 condivisione delle informazioni cliniche ed assistenziali
IDP	4 Categorie protette 4.1 Informazione al paziente e consenso informato 4.2 Privacy e riservatezza.
PDC	5 Pianificazione delle cure e dell'assistenza 5.1 Pianificazione Trattamento Riabilitativo 5.2 Assistenza ai pazienti ad alto rischio 5.3 Processi ad alto rischio 5.4 Gestione del dolore
SML	6 Fase Pre analitica 6.1 Controlli di qualità 6.2 Fase analitica 6.3 Fase post-analitica
SDI	7 Fase pre diagnostica 7.1 Fase diagnostica e refertazione
PGF	8 Prescrizione e trascrizione dei farmaci: politiche e procedure 8.1 Requisiti e criteri di accettabilità delle prescrizioni di terapia farmacologica 8.2 L'organizzazione identifica i professionisti qualificati che sono autorizzati a prescrivere od ordinare i farmaci 8.3 Registrazione della prescrizione e somministrazione 8.4 Gestione della preparazione dei farmaci 8.5 Autorizzazione alla somministrazione dei farmaci 8.6 Gestione della somministrazione 8.7 Regolamentazione della autosomministrazione dei farmaci e dei campioni di specialità medicinali 8.8 Monitoraggio e misura degli effetti dei farmaci sul paziente 8.9 Farmaci LASA
AAC	9 Sedazione 9.1 Anestesia 9.2 Pianificazione chirurgica 9.3 Intervento chirurgico 9.4 Assistenza post operatoria
TDP	10 Trasferimento dei pazienti 10.1 Idoneità della struttura ricevente. 10.2 Lettera di trasferimento 10.3 Monitoraggi durante il trasferimento 10.4 Documentazione del processo di trasferimento 10.5 Servizi di trasporto dei pazienti
EPF	11 Valutazione del fabbisogno educativo di ciascun paziente e registrazione. 11.1 Ambiti essenziali del processo educativo
DIM	12. Dimissione appropriata del paziente 12.1 Rete territoriale 12.2 Lettera di dimissione 12.3 Istruzioni per il follow up
DCR	13 Cartella clinica del paziente 13.1 Contenuti della cartella clinica 13.2 Controlli della documentazione sanitaria 13.4 Codici simboli e definizioni
AAS	14 Utilizzo appropriato di apparecchiature, dispositivi e farmaci raccomandati dalle associazioni professionali o, in 14.1 Contratti per servizi affidati a soggetti esterni
QDP	15 Piano delle dotazioni organiche 15.1 Le responsabilità di ciascun membro del personale sono definite in un documento aggiornato (job description) 15.2 Inserimento del neoassunto o neoassegnato e sua valutazione 15.3 Valutazione del personale dirigente 15.4 Valutazione degli operatori appartenenti alle professioni sanitarie e all'area tecnico-amministrativa 15.5 Fascicolo personale 15.6 Credenziali: Titolo di studio, abilitazioni 15.7 Addestramento nelle tecniche di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza 15.8 Formazione, aggiornamento e sviluppo delle competenze
PGM	16 Sviluppo e diffusione delle documentazione 16.1 Piano per il Miglioramento dell'Organizzazione e sua realizzazione 16.2 Comunicazione e feed back al personale delle informazioni sul miglioramento. 16.3 Attività di monitoraggio e controllo e analisi dei dati 16.4 Linee guida della pratica clinica e dei percorsi clinici per guidare l'assistenza clinica 16.5 Indicatori chiave per monitorare le strutture, i processi e gli esiti (outcome) clinici e manageriali 16.6 Gestione degli Eventi Sentinella 16.7 Segnalazione e gestione dei near miss ed eventi avversi 16.8 Analisi dei trend e delle variazioni indesiderate 16.9 Pianificazione dei fabbisogni informativi

TITOLO	OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (OBI)
	Gli Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente mettono in evidenza alcune aree considerate critiche nell'ambito sanitario, con lo scopo di promuovere al loro interno specifici miglioramenti rispetto alla qualità e alla sicurezza delle cure sanitarie erogate.
	Identificare correttamente il paziente
INTRODUZIONE	La “ <i>corretta identificazione del paziente</i> ” costituisce una delle principali raccomandazioni cui dover ottemperare nell'ambito della politica della <i>clinical governance</i> per gli errori in sanità, rappresentando l'elemento chiave di gestione organizzativa, clinica ed assistenziale rispetto al prevenire del verificarsi dell'evento sentinella “ <i>procedura in paziente sbagliato</i> ”.
RAZIONALE	L'errore nell'identificazione del paziente da parte degli operatori sanitari può aver luogo in qualsiasi momento diagnostico o terapeutico, nell'ambito delle diverse fasi del processo di erogazione delle cure sanitarie. Momenti particolarmente critici sono la somministrazione di farmaci, sangue ed emoderivati, l'esecuzione di interventi chirurgici e di altre procedure, l'effettuazione di prelievi ematici e di altri campioni biologici per analisi cliniche. I pazienti, anche in ragione del ricorso alle cure sanitarie, possono essere non collaboranti, sedati con alterazioni dello stato di coscienza e vigilanza, possono avere difficoltà di comprensione della lingua o possono essere in uno stato emotivo tale da favorire errori di identificazione.
OBIETTIVI	L'organizzazione sanitaria deve prevedere delle modalità operative da mettere in atto per la riduzione del rischio di errore nell'identificazione del paziente.
	Migliorare l'Efficacia della Comunicazione
INTRODUZIONE	L'efficacia della comunicazione tra gli operatori sanitari influenza direttamente la qualità e la sicurezza delle cure erogate al paziente. Una comunicazione non precisa, incompleta o recepita non correttamente dal destinatario può dar luogo ad errori, con la conseguente possibilità di danni per il paziente.
RAZIONALE	La comunicazione tra gli operatori sanitari può avvenire in forma verbale e in forma scritta; le comunicazioni a cui è correlato un maggior rischio di errore sono le comunicazioni verbali, in particolare le prescrizioni di farmaci e la comunicazione dei risultati di esami diagnostici critici.
OBIETTIVI	L'organizzazione sanitaria deve quindi delle modalità operative per migliorare l'efficacia della comunicazione tra gli operatori e prevenire il rischio di errore.
	Migliorare la Sicurezza dei Farmaci ad Alto Rischio
INTRODUZIONE	All'interno delle organizzazioni sanitarie la corretta gestione dei farmaci costituisce un elemento fondamentale a garanzia della sicurezza delle cure. L'obiettivo che le organizzazioni sanitarie devono perseguire è quello di prevenire il verificarsi dell'evento sentinella “morte, coma o grave danno al paziente derivati da errori nella terapia farmacologica”, con particolare riferimento agli eventi correlati all'impiego di farmaci cosiddetti ad “Alto Rischio”.
RAZIONALE	I farmaci ad Alto Rischio sono quei farmaci più frequentemente coinvolti in errori e/o eventi sentinella, che richiedono una particolare attenzione nella gestione ed uso, a causa della loro potenziale tossicità, del basso indice terapeutico, dell'alta possibilità di interazioni e della possibilità di somiglianza nella confezione o nel nome (farmaci look alike e sound alike).
OBIETTIVI	L'organizzazione sanitaria deve attuare delle modalità operative per migliorare la sicurezza nell'utilizzo dei Farmaci ad Alto Rischio.
	Garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta
INTRODUZIONE	Il tema della sicurezza dei pazienti in sala operatoria e, più in generale, dei pazienti sottoposti a procedure invasive, riveste una particolare rilevanza, anche in considerazione della complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche (numero di operatori e professionalità diverse coinvolti, l'urgenza con cui i processi devono essere eseguiti, l'elevato livello tecnologico, ecc...).

TITOLO	OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (OBI)
RAZIONALE	L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato e diffuso delle linee guida per la sicurezza in sala operatoria, con l'obiettivo di migliorare la sicurezza degli interventi chirurgici, attraverso la definizione e la promozione di raccomandazioni e standard di sicurezza che possano essere adattati nei diversi Paesi e setting operativi, rafforzandone i processi pre-operatori, intra-operatori e post-operatori. L'OMS ha inoltre costruito una checklist per la sicurezza in sala operatoria a supporto delle equipe operatorie, con la finalità di favorire, in modo sistematico, l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per prevenire gli eventi avversi.
OBIETTIVI	L'organizzazione sanitaria deve mettere in atto delle modalità operative per migliorare la sicurezza del paziente nell'ambito delle procedure chirurgiche ed invasive eseguite a scopo diagnostico e/o terapeutico.
	Ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria
INTRODUZIONE	Le infezioni associate all'assistenza sanitaria sono infezioni contratte dal paziente nel corso del ricovero in ospedale, che non erano manifeste clinicamente né in incubazione al momento dell'ammissione, ma che si manifestano, in genere dopo almeno 48 ore dal ricovero, durante la degenza stessa o dopo la dimissione. Le infezioni correlate all'assistenza rappresentano la complicanza più frequente tra i pazienti ricoverati in ospedale, con un elevato impatto sia di tipo clinico che di natura economica, incidendo infatti significativamente sulla morbidità, sulla mortalità e sui costi di degenza. Fattori favorevoli all'incremento delle infezioni associate all'assistenza sanitaria sono l'uso di metodiche diagnostiche e terapeutiche sempre più invasive, l'invecchiamento della popolazione, il frequente trasporto endogeno di batteri nosocomiali, l'amplificazione della flora endogena resistente per uso/abuso di antibiotici.
RAZIONALE	Le infezioni ospedaliere sono, almeno in parte, prevenibili attraverso l'adozione di pratiche assistenziali che si sono dimostrate essere in grado di prevenirne o controllarne la trasmissione, con riduzione della frequenza delle stesse. L'adeguatezza dell'igiene delle mani costituisce un'importante misura per la prevenzione delle infezioni ospedaliere. Per questi motivi le infezioni ospedaliere rappresentano un indicatore della qualità dell'assistenza prestata in ospedale.
OBIETTIVI	L'organizzazione sanitaria deve attuare delle modalità operative per ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria.
	Ridurre il rischio di caduta accidentale del paziente
INTRODUZIONE	La caduta del paziente rientra tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie. A seguito della caduta si possono verificare per il paziente conseguenze immediate e tardive anche gravi, fino a condurre in alcuni casi alla morte del paziente.
RAZIONALE	La quasi totalità delle cadute dei pazienti risulta essere potenzialmente prevenibile, tramite la rilevazione dei fattori di rischio, anche attraverso appositi strumenti di lavoro, che, congiuntamente ad una valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive. Quando a seguito della caduta si verifica morte o grave danno per il paziente, la caduta diventa un evento sentinella, che sarà analizzato secondo le modalità previste dal protocollo SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) per il monitoraggio degli eventi sentinella.
OBIETTIVI	L'organizzazione sanitaria deve prevedere una procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute dei pazienti.

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accredittamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
1	OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE			(OBI)							
A	OBI 1	IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE - OBI 1	1	L'ospedale dispone di documenti approvati del processo di identificazione del paziente, redatti da un team multiprofessionale che prevede che il paziente sia identificato in ogni sede e situazione con almeno due identificativi esclusi il numero di reparto, camera e letto.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	Raccomandazione n. 3, marzo 2008, Ministero della Salute. Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura. Raccomandazione n. 5, marzo 2008, Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO.	OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?			
A	OBI 1	IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE - OBI 1	2	Il paziente viene identificato: a) prima della somministrazione di farmaci, sangue ed emocomponenti; b) prima del prelievo di sangue e di altri campioni biologici per esami clinici; c) prima dell'esecuzione di terapie e procedure diagnostico-assistenziali.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGVQA01	OGVQA01 Il presidio attiva programmi di valutazione e miglioramento delle attività, selezionati in rapporto alle attività individuate?			
A	OBI 2	COMUNICAZIONI TELEFONICHE E VERBALI - OBI 2	1	Il processo per garantire la sicurezza delle comunicazioni verbali e telefoniche è descritto in una procedura redatta da un team multiprofessionale.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile						
A	OBI 2	COMUNICAZIONI TELEFONICHE E VERBALI - OBI 2	2	E' applicato nell'organizzazione con l'utilizzo delle tecniche sotto descritte: 1) la persona che riceve telefonicamente o verbalmente la prescrizione, il risultato dell'esame e/o dell'accertamento diagnostico deve scriverle per intero sotto dettatura; 2) la persona che riceve le informazioni telefoniche o verbali rilegge per intero ad alta voce la prescrizione e/o il risultato dell'esame e/o dell'accertamento diagnostico comunicati al telefono verbalmente e scritti; 3) la persona che li ha comunicati conferma la prescrizione e/o il risultato dell'esame e/o dell'accertamento diagnostico.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile						
A	OBI 3	GESTIONE DEI FARMACI AD ALTO RISCHIO - OBI 3	1	L'ospedale dispone di politiche e procedure scritte condivise ed approvate che presidiano la gestione sicura degli elettroliti concentrati. Nelle procedure sono individuati: - le aree assistenziali nelle quali è consentito l'uso degli elettroliti concentrati; - le modalità di etichettatura degli elettroliti concentrati e conservazione per entrambi.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGVQA01	OGVQA01 Il presidio attiva programmi di valutazione e miglioramento delle attività, selezionati in rapporto alle attività individuate?"	3.4.1	Stoccaggio elettroliti concentrati	Tecnologie
A	OBI 3	GESTIONE DEI FARMACI AD ALTO RISCHIO - OBI 3	2	L'Ospedale dispone di report periodici dai quali si evidenzia il riscontro che: 1) gli elettroliti concentrati sono presenti solo nelle aree assistenziali nelle quali la loro presenza è clinicamente necessaria e autorizzata dalla politica ospedaliera; 2) sono state messe in atto azioni di miglioramento dopo analisi di segnalazione di near miss o eventi avversi/sentinella legati alla somministrazione di farmaci; 3) sono etichettati chiaramente; 4) le modalità di conservazione ne garantiscano l'accesso sicuro.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	Raccomandazione n. 1, marzo 2008, Ministero Salute. Raccomandazione per il corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCL – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio. Raccomandazione n. 7, marzo 2008, Ministero Salute. Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica. Raccomandazione n. 12, agosto 2010, Ministero Salute. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci look alike / sound alike.	OGFAR01 OGFAR02	OGFAR01 La gestione del farmaco e delle terapie farmacologiche sono guidate da politiche e procedure OGFAR02 L'ospedale in ogni fase della gestione del farmaco prevede criteri di sicurezza	3.2.1	Tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa	Tecnologie
A	OBI 4	CHIRURGIA SICURA - OBI 4	1	L'Ospedale è dotato di politiche, procedure, disposizioni scritte e condivise che definiscono il processo di gestione in sicurezza degli interventi chirurgici e delle procedure invasive al fine di garantire l'esecuzione dell'intervento chirurgico o di procedure invasive in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta anche fuori dalla sala operatoria.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	Raccomandazione n. 2, marzo 2008, Ministero Salute. Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico. Raccomandazione n. 3, marzo 2008, Ministero della Salute. Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.	OSOPE01 OSOPE02 OSOPE04	OSOPE01 La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata alla tipologia e al volume degli interventi chirurgici. OSOPE02 La sala operatoria è attivata solo in presenza di un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri professionali. OSOPE04 Deve essere istituito e regolarmente compilato il registro operatorio nel quale siano indicate, oltre alle generalità del paziente, il tipo e la durata dell'intervento chirurgico e gli operatori che hanno effettuato l'intervento.	6.5.1	Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Organizzazione
A	OBI 4	CHIRURGIA SICURA - OBI 4	2	La marcatura del sito chirurgico avviene negli interventi previsti dalle procedure dell'ospedale mediante un segno standardizzato e riconoscibile e con il coinvolgimento del paziente.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO01	OGPRO01 "Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indicino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità?"	6.5.1	Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Organizzazione

Ordine	Area	Standard	Progre ssivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
A	OBI 4	CHIRURGIA SICURA - OBI 4	3	L'ospedale utilizza un processo per verificare la presenza, la correttezza e la funzionalità di tutte le apparecchiature e i dispositivi necessari.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGVQA01	OGVQA01 "Il presidio attiva programmi di valutazione e miglioramento delle attività, selezionati in rapporto alle attività individuate?"	6.21.1	Età media delle alte tecnologia	Organizzazione
A	OBI 4	CHIRURGIA SICURA - OBI 4	4	L'organizzazione utilizza una check-list di sign in, time out e sign out per ogni intervento chirurgico e procedura invasiva.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist , ottobre 2009			6.5.1	Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Organizzazione
A	OBI 4	CHIRURGIA SICURA - OBI 4	5	L'organizzazione dispone di report che documentano il grado di applicazione della procedura.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile				6.5.1	Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Organizzazione
A	OBI 5	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI - OBI 5	1	L'ospedale dispone di un piano di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali annuale o pluriennale redatto, approvato e facente parte del piano di miglioramento. La responsabilità del piano è affidata alla Direzione Medica di Presidio. I Programmi comprendono almeno i seguenti ambiti: - l'applicazione delle linee guida internazionali sull'igiene delle mani; - infezioni del sito chirurgico, - infezioni generalizzate correlate all'utilizzo di dispositivi medici, - sepsi.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	Decreto n.7846 Direzione Generale Sanità Regione Lombardia, Prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere e correlate all'assistenza sanitaria , 29 luglio 2009	OGVQA09 OGPRO12	OGVQA09 "Esistono almeno tre gruppi di miglioramento della qualità di cui sia documentata l'attività svolta?" OGPRO12 Esistenza di modalità codificate per lo svolgimento di attività particolarmente critiche: Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure: - gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità - prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento - smaltimento rifiuti - istruzioni operative di disinfezione e sterilizzazione gestione farmaci	2.3.1	Contaminazione da legionella nelle acque	Struttura
A	OBI 5	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI - OBI 5	2	L'ospedale dispone di report periodici dai quali si evidenzia il risultato del programma di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile						
A	OBI 6	PREVENZIONE E GESTIONE DEI DANNI CONSEGUENTI A CADUTA - OBI 6	1	L'ospedale dispone di una procedura per la riduzione dei danni da caduta dei pazienti in ospedale in conformità alle linee guida regionali e alla letteratura aggiornata.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità, luglio 2010 Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente in ospedale o in RSA-RDS.	OGVQA09	OGVQA09 "Esistono almeno tre gruppi di miglioramento della qualità di cui sia documentata l'attività svolta?"			
A	OBI 6	PREVENZIONE E GESTIONE DEI DANNI CONSEGUENTI A CADUTA - OBI 6	2	L'ospedale dà evidenza dell'applicazione del processo di valutazione iniziale del rischio caduta, della rivalutazione del paziente in caso di modifica delle condizioni di salute, della terapia farmacologica, delle condizioni precedenti e della adozione delle misure di prevenzione correlate alla valutazione del rischio.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Raccomandazione n.13, novembre 2011 Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie,					
A	OBI 6	PREVENZIONE E GESTIONE DEI DANNI CONSEGUENTI A CADUTA - OBI 6	3	L'ospedale dispone di report periodici (almeno semestrali) con le valutazioni espresse dal Gruppo Aziendale Dedicato o dalla équipe multidisciplinare preposta alla attuazione del programma che indichino: il trend dei risultati del monitoraggio; le eventuali conseguenze inattese; le ulteriori misure da adottare.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile						

TITOLO	ACCESSO AI SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA (ACA)
INTRODUZIONE	La fase di accoglienza del paziente è una delle più critiche del processo di ricovero: il paziente incontra per la prima volta i professionisti sanitari con i quali avrà rapporto durante la sua esperienza di degenza. L'esperienza di ricovero per il paziente è una situazione di particolare stress psicofisico, in considerazione non solo dell'alterato stato di salute fisica, ma anche della tensione psicologica che deriva dalla consapevolezza del suo stato di malattia oltre che dall'essere ospitato in una struttura sanitaria.
RAZIONALE	L'area ACCESSO AI SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA (ACA) contiene item che indagano l'efficacia del processo di accoglienza valutato come convergenza tra i bisogni sanitari del paziente e le potenzialità di soddisfare tali necessità da parte della struttura ospedaliera. Considera i processi di erogazione delle attività sanitarie dal punto di vista della corretta gestione clinico-organizzativa, dall'accesso alla valutazione iniziale all'eventuale trasferimento in altra struttura. Comprende l'insieme delle attività che sono attuate per consentire e regolarizzare l'ammissione del paziente in ospedale sia in urgenza che in ricovero programmato nei diversi regimi (ambulatoriale, DH,...). Viene richiesto inoltre che specialisti qualificati individuino criteri clinici per il ricovero e la dimissione in/da reparti ad elevata intensità assistenziale al fine di ottimizzare e garantire l'appropriatezza nell'utilizzo di unità/servizi ad alto costo che, generalmente, sono costituiti da un numero limitato di posti letto. Di conseguenza, in questa fase di primo contatto tra il paziente e l'ospedale è necessario porre attenzione su alcuni processi particolarmente delicati quali: 1) l'identificazione del paziente nei diversi setting di cura (ambulatorio, degenza ordinaria, DH, Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC), Chirurgia a bassa complessità operativa ed assistenziale (BIC) ecc.) 2) la rimozione delle barriere (fisiche, linguistiche e culturali) per realizzare pienamente il principio fondamentale dell'eguaglianza nell'accesso alle cure 3) la gestione dei pazienti urgenti, con un sistema che permetta la valutazione di criteri clinici che consentano la definizione tempestiva dei bisogni urgenti 4) l'introduzione di criteri per l'ingresso dei pazienti in reparti (quali la terapia intensiva) ad alta specializzazione/consumo di risorse.
OBIETTIVI	Proprio perchè considerata critica, si considera la fase dell'accoglienza del paziente presso la struttura sanitaria importante e finalizzata ai seguenti obiettivi • raccogliere le informazioni che permettano - agli operatori di gestire correttamente la situazione clinica del paziente creando opportune sinergie per fornire risposte adeguate ai bisogni del paziente attraverso le risorse disponibili. • effettuare opportuni screening iniziali che consentano di identificare il migliore percorso ed il miglior regime di cura riferito alla condizione clinica del paziente • creare una relazione empatica imperniata sul rapporto di fiducia e di alleanza terapeutica fra l'equipe sanitaria ed il paziente. Quest'ultimo obiettivo è difficilmente dimostrabile con registrazioni documentali. Tuttavia la rilevazione costante della qualità percepita da parte dei pazienti permette alla Direzione della struttura di tenere monitorato questo importante aspetto, e di adottare le eventuali azioni per il miglioramento continuo.

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti accreditamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
2	ACCESSO AI SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA (ACA)										
B	ACA	1 Screening ed accoglienza	1	Il paziente è accettato in base alla mission dell'ospedale e alla capacità della struttura di offrire le prestazioni richieste dalle condizioni del soggetto.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPAZ 01 OGPAZ03 OGPAZ06	OGPAZ 01 "E" adottato un documento in cui siano esplicitati la missione, gli obiettivi e l'organizzazione interna della struttura? OGPAZ03 "La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi la tipologia delle prestazioni erogate, gli operatori responsabili delle prestazioni, gli orari, i costi? OGPAZ06 "E" predisposto dalla Direzione un documento sulle politiche aziendali, in cui siano esplicitati la missione e gli obiettivi prioritari della struttura			
B	ACA	1 Screening ed accoglienza	2	L'ospedale prevede specifici e documentati percorsi di continuità delle cure per i pazienti che necessitano di prestazioni non erogabili dall'ospedale.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGCOM04	OGCOM04 La Carta dei Servizi, redatta in conformità alle indicazioni regionali, è distribuita alle seguenti strutture: Istituzioni del territorio; Associazioni di Volontariato; Uffici di Pubblica Tutela; Medici di Medicina Generale; Pediatri di libera scelta?			
B	ACA	1 Screening ed accoglienza	3	L'ospedale rende note ai cittadini ed agli enti interessati le informazioni sui servizi erogati, sugli orari d'attività e sulle modalità d'accesso all'assistenza.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGCOM04 OGCOM05 OGCOM06 OGPAZ 03	OGCOM04 "La Carta dei Servizi, redatta in conformità alle indicazioni regionali, è distribuita alle seguenti strutture: Istituzioni del territorio; Associazioni di Volontariato; Uffici di Pubblica Tutela; Medici di Medicina Generale; Pediatri di libera scelta? OGCOM05 "Esistono dei questionari, distribuiti con periodicità annuale, atti a verificare la diffusione dell'informazione? OGCOM06 "Esiste l'atto di istituzione di un nucleo permanente di operatori, che si occupi della predisposizione ed aggiornamento della Carta dei Servizi secondo le indicazioni regionali? OGPAZ 03 "La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi la tipologia delle prestazioni erogate, gli operatori responsabili delle prestazioni, gli orari, i costi?			
B	ACA	1.1 Processo di accettazione e ricovero dei pazienti e gestione dei pazienti ambulatoriali	1	L'ospedale dispone di procedure scritte che regolano per tutta l'azienda l'accesso del paziente nelle varie tipologie di ricovero o modalità di permanenza nella struttura.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO02 OGPRO05 OGCOM08	OGPRO02 "Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPRO05 "Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGCOM08 "Esiste una guida riferita almeno ad uno dei seguenti eventi: a) ricovero; b) prestazione ambulatoriale, finalizzata alla trasparenza dell'atto sanitario			
B	ACA	1.1 Processo di accettazione e ricovero dei pazienti e gestione dei pazienti ambulatoriali	2	L'ospedale dispone di una procedura scritta che regola per tutta l'azienda l'accesso del paziente alle prestazioni ambulatoriali	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGCOM04 OGPRO05	OGCOM04 "La Carta dei Servizi, redatta in conformità alle indicazioni regionali, è distribuita alle seguenti strutture: Istituzioni del territorio; Associazioni di Volontariato; Uffici di Pubblica Tutela; Medici di Medicina Generale; Pediatri di libera scelta? OGPRO05 Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente?			
B	ACA	1.1 Processo di accettazione e ricovero dei pazienti e gestione dei pazienti ambulatoriali	3	L'accesso al ricovero in urgenza è disciplinato da procedure scritte, che comprendono, laddove applicabile, le convenzioni con AREU. Le procedure comprendono anche i trasferimenti secondari da Ospedale a Ospedale.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO05 OGPRO11 OGPRO12 OGPCG02 OGRIC23	OGPRO05 "Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OGPRO12 "Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure: a) la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità; OGPCG02 "La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGRIC23 "Esiste un accordo formalizzato con una struttura di ricovero e cura dotata di PS, DEA o EAS per garantire nei tempi e nei			
B	ACA	1.1 Processo di accettazione e ricovero dei pazienti e gestione dei pazienti ambulatoriali	4	La gestione del paziente urgente prevede modalità operative scritte per l'accesso e la gestione nell'area di Osservazione.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO05 OGPRO11 OGPRO 12	OGPRO05 "Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OGPRO 12 "Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure: a) la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità;			

2	ACCESSO AI SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA (AC)(ACA)											
B	ACA	1.1 Processo di accettazione e ricovero dei pazienti e gestione dei pazienti ambulatoriali	5	L'ospedale dispone di modalità scritte di ricovero presso i reparti in caso di non disponibilità del posto letto nel reparto o unità di destinazione o nell'ospedale.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPCG02	OGPCG02 La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)?				
B	ACA	1.1 Processo di accettazione e ricovero dei pazienti e gestione dei pazienti ambulatoriali	6	Le procedure sono conosciute ed applicate dal personale.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile							
B	ACA	1.2 Valutazione dei pazienti con bisogni urgenti	1	L'ospedale attribuisce a tutti i pazienti che accedono al DEA/EAS/Pronto Soccorso dei codici di priorità di accesso alle cure; i criteri fisiologici di valutazione devono essere identificati e registrati all'interno della documentazione sanitaria.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO05	OGPRO05 "Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente?"				
B	ACA	1.2 Valutazione dei pazienti con bisogni urgenti	2	I pazienti in condizioni di emergenza sono valutati e stabilizzati entro le possibilità e le risorse dell'ospedale prima di procedere al trasferimento.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO05	OGPRO05 Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente?"				
B	ACA	1.2 Valutazione dei pazienti con bisogni urgenti	3	L'applicazione dei criteri identificati è oggetto di valutazione periodica.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGVQA01	OGVQA01 Il presidio attiva programmi di valutazione e miglioramento delle attività, selezionati in rapporto alle priorità individuate?	6.19.1	esiti degli audit interni e di parte terza	Organizzazione	
B	ACA	1.3 Barriere linguistiche, culturali e strutturali	1	L'ospedale identifica in modo documentato i potenziali ostacoli all'accesso ai servizi distinti in: linguistici, culturali e strutturali e individua le azioni previste per superarli.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO05 SGTEC08	OGPRO05 "Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente?" SGTEC08 "La struttura è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di eliminazione delle barriere architettoniche"				
B	ACA	1.3 Barriere linguistiche, culturali e strutturali	2	L'applicazione delle misure viene verificata dall'organizzazione.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGVQA01 OGVQA03	OGVQA01 Il presidio attiva programmi di valutazione e miglioramento delle attività, selezionati in rapporto alle priorità individuate? OGVQA03 Annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno, o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale?				
B	ACA	1.4 Criteri di accesso e trasferimento alle unità di terapia intensiva	1	L'Ospedale ha identificato per iscritto i criteri di accesso, permanenza e dimissione dalle diverse Unità di Terapia Intensiva e Sub Intensiva condivisi fra le UUOO coinvolte nel percorso.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO05	OGPRO05 Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente?"				
B	ACA	1.4 Criteri di accesso e trasferimento alle unità di terapia intensiva	2	Il personale coinvolto è addestrato sull'applicazione dei criteri individuati.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPVF07 OGVQA01	OGPVF07 Esiste la dimostrazione che annualmente almeno il 5% degli operatori ha frequentato corsi? OGVQA01 Il presidio attiva programmi di valutazione e miglioramento delle attività, selezionati in rapporto alle priorità individuate?				
B	ACA	1.4 Criteri di accesso e trasferimento alle unità di terapia intensiva	3	I pazienti ricoverati in terapia intensiva e subintensiva rispondono ai criteri definiti.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGVQA01	OGVQA01 Il presidio attiva programmi di valutazione e miglioramento delle attività, selezionati in rapporto alle priorità individuate?				
B	ACA	1.4 Criteri di accesso e trasferimento alle unità di terapia intensiva	4	L'ospedale ha definito le modalità per garantire le cure in caso di indisponibilità di posti letto per assistenza intensiva e sub-intensiva.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPCG02	OGPCG02 La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)?				

TITOLO	PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE (PVP)
INTRODUZIONE	Il processo di valutazione è fondamentale poichè permette di prendere decisioni in merito ai bisogni terapeutici e di continuità assistenziale. Per poter valutare in maniera uniforme e coerente i bisogni dei pazienti l'ospedale deve definire i contenuti minimi delle valutazioni da eseguirsi ad opera dei diversi operatori sanitari e nei diversi regimi di cura.
RAZIONALE	La valutazione rappresenta un momento indispensabile per la definizione del percorso di cura e si basa essenzialmente sulla capacità di osservare e interpretare la realtà del paziente utilizzando riferimenti tecnici specifici dell'ambito professionale. Viene descritta come un processo continuo di raccolta dei dati, interpretati ed integrati, per impostare e dirigere i piani di assistenza e cura secondo linee di priorità. L'approccio sistematico, nella valutazione, presume il tentativo di un approccio diagnostico di tipo esaustivo, che ripercorre le tappe della vita del paziente dalla sua nascita fino alle ragioni più recenti della sua richiesta di intervento. La valutazione del paziente non può prescindere da una serie di dati soggettivi; questi vengono raccolti attraverso un colloquio con lo stesso, considerato come fonte principale ed essenziale di questo tipo di informazioni, ma includono anche familiari e persone significative, generalmente identificate come fonti secondarie di informazioni. L'attività di valutazione, quindi, è un'attività clinica che inizia dal primo approccio con il paziente fino alla dimissione dello stesso. Questa Attività è indispensabile per poter erogare una assistenza sanitaria che sia: 1) finalizzata al miglioramento dello stato di salute 2) personalizzata sul singolo paziente 3) aggiornata in continuo per adattarsi alle mutate condizioni del paziente ed è trasversale a tutte le procedure di ricovero o di tipo ambulatoriale.
OBIETTIVI	Gli item di quest'area richiedono che il processo di valutazione raccolga informazioni utili al trattamento da sottoporre ad indagine sistematica e che i sintomi siano trattati rapidamente secondo un ordine di priorità prestabilito. Tutte le valutazioni devono essere ripetute almeno una volta al giorno. Particolare importanza riveste la valutazione del rischio di malnutrizione all'ingresso soprattutto per i pazienti anziani, oncologici, chirurgici e in tutti i casi in cui le condizioni del paziente o la durata del ricovero potrebbero compromettere la situazione nutrizionale. Il rischio di caduta accidentale deve essere SEMPRE valutato all'ingresso e rivalutato al variare delle condizioni del paziente: dopo un intervento chirurgico, dopo una prestazione invasiva, al variare della terapia (soprattutto in pazienti anziani frequentemente disorientati o altre categorie protette). Il dolore deve essere rilevato (come un parametro vitale) in tutti i pazienti indipendentemente dalla loro capacità di comunicare, utilizzando scale di valutazione del dolore validate (VAS, Painsaid, NRS ecc.). La pianificazione della dimissione deve diventare un processo sistematico di valutazione, preparazione e coordinamento, messo in atto per facilitare l'erogazione di assistenza sanitaria e di servizi sociali dopo la dimissione; è necessario preparare il paziente alla dimissione, attivare piani assistenziali e percorsi condivisi per evitare l'interruzione delle cure fra ospedale e territorio, coinvolgere e valorizzare il ruolo della famiglia. In questi casi sarebbe necessario organizzare la dimissione prima possibile (per es. a 48 ore dal ricovero), considerando la dimissione un processo e non un evento isolato al fine di creare le condizioni affinché pazienti e familiari siano in grado di contribuire alle migliori decisioni da prendere. La pianificazione della dimissione deve essere multidisciplinare: ciascun professionista è impegnato nella stesura di un piano di interventi che comprende una valutazione del paziente, applicazione e monitoraggio degli interventi e si pone l'obiettivo di integrare le prestazioni sociali e sanitarie.

Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti accreditamento	Testo Requisiti accreditamento
	(PVP)				
1	la valutazione medica ed infermieristica iniziale è eseguita entro i tempi stabiliti dall'organizzazione.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
2	Nei reparti riabilitativi sono definiti i tempi entro i quali rendere disponibili le valutazioni necessarie per la stesura del Progetto Riabilitativo Individuale	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
3	Le valutazioni mediche iniziali eseguite prima dell'accettazione in regime di ricovero o prima di una procedura ambulatoriale (incluse le situazioni in cui i pazienti hanno effettuato percorsi di pre-ricovero / pre-ospedalizzazione) non superano i 30 giorni. Le valutazioni con più di 30 giorni devono essere nuovamente effettuate e documentate. Nel caso di valutazioni con meno di 30 giorni, al momento del ricovero ospedaliero è registrata in cartella clinica la rivalutazione dell'esame obiettivo.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
4	L'organizzazione ha stabilito tempi utili, comunque non superiori alle 24 ore dall'accettazione in regime di ricovero ordinario, entro i quali completare le valutazioni iniziali. Sono definiti tempi più brevi per completare le valutazioni in funzione di condizioni particolari del paziente.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
1	Per il regime di ricovero, procedure e protocolli definiscono i contenuti delle valutazioni iniziali	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?
2	L'organizzazione ha definito le categorie di pazienti per i quali è necessaria una valutazione iniziale ad opera di più specialisti	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?

Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti accreditamento	Testo Requisiti accreditamento
	(PVP)				
3	L'organizzazione ha identificato i soggetti qualificati a eseguire le valutazioni e le rivalutazioni del paziente.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?
4	Le valutazioni in urgenza sono effettuate da personale qualificato in tal senso.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPVF02	OGPVF02 Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente?
5	La valutazione iniziale dei pazienti, comprende una valutazione dei fattori fisici, psicologici e sociali, nonché le valutazioni specialistiche individuate nelle procedure di valutazione .	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?
6	L'inquadramento clinico-assistenziale comprende l'anamnesi, l'esame obiettivo, la valutazione infermieristica ed ulteriori valutazioni utili alla definizione del percorso di cura e di assistenza dei pazienti.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?
7	Nei reparti riabilitativi la valutazione iniziale prevede la raccolta di tutte le informazioni, dati ed evidenze necessarie per la stesura del Progetto Riabilitativo Individuale e dei relativi programmi riabilitativi	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	DGRL 1980 - 20/06/2014	Req.n.48 (Tecnologico/valutativo)	Req.n.48 (Tecnologico/valutativo) In relazione all'attività svolta è garantita:a) esecuzione esami per la valutazione della funzionalità respiratoria b) monitoraggio parametri vitali durante l'esercizio riabilitativo c) valutazione capacità di deglutizione d) valutazione funzionalità vescico-sfinterica e) valutazione circolo arterioso e venoso periferico f) valutazione dei distretti articolari e muscolari tendinei g) valutazione dei disturbi dell'equilibrio e del cammino h) valutazione forza muscolare

Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti accreditamento	Testo Requisiti accreditamento
	(PVP)				
8	La valutazione iniziale include la valutazione del rischio nutrizionale .	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	D.G.R. n. X/1980 del 20/06/2014 Determinazioni in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative	OGPRO11 Req.org.n.66 della dgr 1980/14	OGPRO11 Req.org.n.66 della dgr 1980/14 *Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? *E' garantita la possibilità di personalizzare la dieta secondo necessità metaboliche o neuromotorie del paziente?
9	Il paziente che, in base ai criteri, è identificato a rischio per problemi di tipo nutrizionale, viene sottoposto a una valutazione nutrizionale specialistica.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?
10	La valutazione iniziale include la valutazione del rischio di caduta.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Raccomandazione n.13, novembre 2011 Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie,	OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?
11	La valutazione iniziale include la valutazione del dolore; in caso di presenza deve essere valutata l'intensità, la natura, la frequenza, la sede e la durata.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Legge n. 38 del 15/03/2010 Disposizione per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore	OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?
12	La valutazione iniziale include la valutazione del rischio di lesioni da compressione.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?

Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti accreditamento	Testo Requisiti accreditamento
	(PVP)				
13	La valutazione iniziale include la valutazione della capacità di comprensione e della capacità di comunicazione.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?
14	La valutazione iniziale include la valutazione dei bisogni d'ausili	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?
1	L'organizzazione ha identificato le categorie di assistiti (es. bambini, anziani fragili, donne gravide, malati oncologici, vittime di abusi.....) e le situazioni particolari per le quali si modifica il processo di valutazione iniziale.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?
2	Per queste categorie particolari di assistiti vengono effettuate valutazioni personalizzate	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?
1	Viene eseguita e documentata una valutazione medica/chirurgica prima dell'intervento.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?
1	L'organizzazione ha identificato le tipologie di pazienti per i quali la pianificazione della dimissione è critica.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?

Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti accreditamento	Testo Requisiti accreditamento
	(PVP)				
2	La pianificazione della dimissione di questi pazienti inizia precocemente al fine di garantire la continuità delle cure e l'appropriatezza della durata del ricovero.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Legge n. 328 del 08/11/2000 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali	OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?
1	Durante il ricovero un medico rivaluta il paziente almeno tutti i giorni dal lunedì al venerdì.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11 OGRIC21	OGPRO11 "Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?" OGRIC21 "Per le strutture di ricovero e cura è garantita la presenza di almeno un medico nelle ore non coperte dall'assolvimento dei requisiti specifici delle varie U.O.?"
2	Le procedure definiscono le circostanze per le quali la valutazione medica deve essere eseguita con frequenza diversa da quella giornaliera e identificano gli intervalli per la rivalutazione.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO11 OGRIC21	OGPRO11 predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?" OGRIC21 "Per le strutture di ricovero e cura è garantita la presenza di almeno un medico nelle ore non coperte dall'assolvimento dei requisiti specifici delle varie U.O.?"
3	Il paziente è sottoposto a rivalutazioni regolari nei tempi stabiliti dalla politica dell'organizzazione e in base alle sue condizioni, alla risposta al trattamento ed ai suoi bisogni individuali.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11 OGRIC21	OGPRO11 "Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?" OGRIC21 "Per le strutture di ricovero e cura è garantita la presenza di almeno un medico nelle ore non coperte dall'assolvimento dei requisiti specifici delle varie U.O.?"

Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti accreditamento	Testo Requisiti accreditamento
	(PVP)				
4	Gli esiti delle rivalutazioni sono documentati in cartella clinica.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO14 OGPRO09	OGPRO14 °Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica? OGPRO09 °Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria?
5	Per il regime ambulatoriale: procedure e protocolli definiscono i contenuti delle valutazioni coerentemente alla normativa vigente.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente'?

TITOLO	COORDINAMENTO E CONTINUITA' DELLE CURE (CCC)
INTRODUZIONE	La continuità delle cure è l'erogazione, non interrotta nel tempo, delle attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi di cura. La continuità assistenziale è quindi un processo dove, individuati i bisogni del paziente, esiste un coordinamento tra le diverse strutture sanitarie che insistono su un determinato territorio, in modo da garantire al paziente una successione temporale di interventi che non presenti soluzione di continuità, sia che venga prestata all'interno dell'ospedale che presso il domicilio del paziente, attuata sia da personale ospedaliero che da personale sanitario del territorio coadiuvato dai medici di medicina generale.
RAZIONALE	All'interno della struttura sanitaria tutta l'organizzazione pone il paziente al centro dei propri servizi. In quest'ottica i bisogni di assistenza del paziente sono continuativamente soddisfatti mediante l'utilizzo di appropriate risorse interne e, quando diventa necessario, esterne alla struttura stessa. La continuità della cura viene raggiunta mediante misure organizzative e strutturali che sono differenti per i casi di urgenza ed emergenza e per la comparsa di eventi imprevisti, di tipo clinico, tecnologico od organizzativo.
OBIETTIVI	Durante la permanenza di un paziente in un ospedale, diverse figure professionali, appartenenti a differenti U.O. e servizi, vengono coinvolti per il soddisfacimento dei bisogni del paziente e la realizzazione del percorso di diagnosi e cura. Il risultato viene raggiunto se è attivo ed efficace il coordinamento tra le diverse UO e servizi. Il coordinamento deve rispondere ai seguenti obiettivi: 1) essere guidato da politiche e procedure che disciplinano la continuità assistenziale tra diverse UO e servizi 2) prevedere la condivisione delle informazioni cliniche e assistenziali 3) prevedere la nomina di un responsabile che si occupi del percorso di cura del singolo paziente. Altri obiettivi sono: - favorire la continuità assistenziale, tramite l'implementazione della rete dei servizi di cure primarie definendone i nodi e le interrelazioni funzionali in un sistema gestionale e relazionale tra professionisti, con chiarezza di responsabilità e procedure per la definizione e l'effettuazione del percorso assistenziale e il passaggio, se necessario, tra differenti strutture e ambiti di cura; - favorire la presa in carico dei pazienti in modo globale e completo, sviluppando un tipo d'assistenza basata su un rapporto multidisciplinare che promuova meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie, di cura e riabilitazione.

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti accreditamento	Testo Requisiti accreditamento
4	COORDINAMENTO E CONTINUITA' DELLE CURE (CCC)			(CCC)				
D	CCC	3 Coordinamento delle cure per la continuità clinico-assistenziale	1	La procedura di ricovero e gestione del paziente nell'ospedale prevede le modalità con le quali è assicurata la continuità assistenziale fra sistema emergenza-urgenza, fra diversi reparti in regime di ricovero, servizi diagnostici, percorsi ambulatoriali.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO 02 OGPRO 12	OGPRO 02 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure: a) la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità; OGPRO 12 Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità?
D	CCC	3 Coordinamento delle cure per la continuità clinico-assistenziale	2	Il processo di trasferimento interno è regolato da criteri e regole scritti.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO2	OGPRO2 Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità?
D	CCC	3 Coordinamento delle cure per la continuità clinico-assistenziale	3	Al fine di garantire la continuità assistenziale ed il passaggio di informazioni durante il trasferimento interno, la documentazione clinica viene trasferita insieme al paziente se non cambia il regime di ricovero.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
D	CCC	3.1 condivisione delle informazioni cliniche ed assistenziali	1	E' identificato il responsabile del coordinamento della cura del paziente. Il responsabile del coordinamento costituisce il riferimento complessivo del percorso di cura del paziente.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
D	CCC	3.1 condivisione delle informazioni cliniche ed assistenziali	2	Nei reparti riabilitativi è identificato per ogni paziente il responsabile del Progetto Riabilitativo Individuale. Quando il responsabile del coordinamento della cura del paziente e il responsabile del P.R.I. non coincidono, sono chiaramente identificate le responsabilità relative alla presa in carico delle copatologie/comorbidità e dei bisogni assistenziali.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	D.G.R. n.X/1980 del 20 giugno 2014 Determinazioni in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative	Req.org.nn 60-61 della DGR 1980/-20/6/14	Req.org.nn 60-61 della DGR 1980/-20/6/14 "Il P.R.I. ed i p.r.i sono aggiornati periodicamente nel corso dell'episodio di cura?"
D	CCC	3.1 condivisione delle informazioni cliniche ed assistenziali	3	I soggetti abilitati sono conosciuti all'interno dell'ospedale.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
D	CCC	3.1 condivisione delle informazioni cliniche ed assistenziali	4	L'organizzazione definisce le modalità con cui assicurare durante il turno ed al termine di ciascun turno di lavoro la condivisione delle informazioni sui pazienti in cura fra gli operatori sanitari della medesima e delle diverse categorie professionali.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPRO09	OGPRO09 Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria?
D	CCC	3.1 condivisione delle informazioni cliniche ed assistenziali	5	Le informazioni da condividere devono comprendere necessariamente lo stato di salute del paziente, una sintesi delle cure prestate, i bisogni assistenziali, eventuali condizioni che richiedono particolare attenzione.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica		OGPRO09	OGPRO09 Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria?

TITOLO	INFORMAZIONE E DIRITTI DEL PAZIENTE (IDP)
INTRODUZIONE	I pazienti devono godere di diritti che nel loro insieme mirano a garantire un "alto livello di protezione della salute umana" assicurando elevata qualità dei servizi sanitari erogati. Questi diritti sono sanciti nella Carta Europea dei Diritti del Malato che riconosce come le differenze (età, genere, religione, status socio-economico ecc.) possono influenzare i bisogni individuali di assistenza sanitaria.
	Categorie protette
RAZIONALE	Sono considerati pazienti vulnerabili e a rischio: i bambini, i disabili, gli anziani, i pazienti in coma e i soggetti affetti da disturbi mentali o emotivi e ogni altra categoria di pazienti a rischio identificata; la protezione nei riguardi di tutti questi soggetti comprende la tutela da abusi, da maltrattamenti, da stati di abbandono o da negazione delle prestazioni, nonché maggior attenzione ai bisogni individuali di assistenza sanitaria.
OBIETTIVI	Ogni struttura ospedaliera identifica all'interno delle sue attività le categorie protette che necessitano di particolari e diverse modalità di presa in carico e per le quali devono essere previste specifiche misure di protezione e tutela. Il personale conosce e applica le proprie responsabilità all'interno di questi processi.
	Informazione al paziente e consenso informato
RAZIONALE	Il consenso informato, inteso quale espressione della libera e consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32, i quali stabiliscono, rispettivamente, che «la libertà personale è inviolabile», e che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge». La necessità che il paziente sia posto in condizione di conoscere il percorso terapeutico si evince, altresì, da diverse leggi nazionali che disciplinano il SSN e determinate attività mediche. Il consenso informato ha pertanto una funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del proprio percorso terapeutico, nonché delle eventuali terapie alternative. L'informazione è quindi l'atto preliminare e propedeutico al consenso che può essere validamente espresso solo dal titolare del bene giuridico tutelato.
OBIETTIVI	L'informazione/comunicazione deve: a) riguardare le condizioni di salute del paziente, la loro probabile evoluzione senza e con il trattamento proposto, descrivendo in cosa realmente consiste tale trattamento, i possibili rischi ad esso connessi, le controindicazioni in caso di stato di gravidanza della paziente, l'eventuale utilizzo di farmaci durante l'esecuzione del trattamento, gli eventuali problemi di recupero, la probabilità di successo, i benefici attesi, l'esistenza di eventuali trattamenti alternativi, le possibili conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario e le modalità di trattamento dei dati personali del paziente; b) essere esplicitata con un linguaggio semplice adeguato alla formazione culturale del paziente e alla sua capacità di comprensione, senza necessariamente, approfondirsi nelle questioni di stretta pertinenza tecnica. E' altresì necessario che : a) che ogni ulteriore richiesta di informazioni da parte del paziente sia soddisfatta; b) che sia documentata in cartella clinica la volontà del paziente di non essere informato o di delegare ad altro l'informazione; c) che le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare sofferenza alla persona, siano fornite con prudenza usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. d) che sia garantita la possibilità di revocare il consenso in ogni momento. Inoltre, in funzione del percorso di cura e laddove necessario in relazione al trattamento, il paziente deve essere messo a conoscenza: • dell'uso sicuro dei farmaci e dei potenziali effetti collaterali; • dell'utilizzo in sicurezza delle apparecchiature medicali; • delle possibili interazioni tra farmaci (compresi i medicinali da banco) e alimenti; • delle indicazioni nutrizionali;della gestione del dolore; • delle tecniche riabilitative

TITOLO	INFORMAZIONE E DIRITTI DEL PAZIENTE (IDP)
	Privacy e riservatezza
RAZIONALE	Il Codice in materia di protezione dei dati personali sancisce all' Art.1 che «chiunque ha diritto alla protezione dei dati personali che lo riguardano», ove per dati personali si intende «qualunque informazione relativa a persona fisica, identificata o identificabile, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale». Le organizzazioni sanitarie, per loro natura, sistematicamente gestiscono dati personali e dati sensibili atti a rivelare lo stato di salute delle persone e devono quindi dotarsi di adeguate misure di sicurezza al fine di evitarne la perdita o un loro uso scorretto che possa danneggiare o ledere i diritti, le libertà fondamentali e la dignità delle persone interessate. Il paziente può desiderare il rispetto della sua privacy nei confronti del personale, degli altri pazienti e anche dei suoi familiari. Pertanto il personale deve informarsi sulle necessità del paziente rispetto alla privacy e mantenere la riservatezza durante colloqui, visite mediche, procedure cliniche diagnostiche e terapeutiche, trasporti. Tutte le informazioni risultanti dal percorso di cura, sia su supporto cartaceo che informatizzato, sono soggette al vincolo della riservatezza e il loro trattamento è regolamentato da apposite disposizioni di legge
OBIETTIVI	La struttura sanitaria assume la responsabilità e il costante impegno di adeguare le propria organizzazione al rispetto della normativa sulla tutela del diritto alla riservatezza dei propri utenti. Le misure adottate sono di tipo organizzativo, fisico e logico e comprendono la formazione del personale ai principi della normativa. I principi coinvolti nel trattamento dei dati sono i seguenti: 1) Principio di necessità del trattamento; 2) Principio di finalità del trattamento; 3) Principio di pertinenza e non eccedenza. Ogni organizzazione quindi è tenuta ad implementare politiche e procedure a tutela della privacy e della riservatezza

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditazione	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
5	INFORMAZIONE E DIRITTI DEL PAZIENTE (IDP)			(IDP)					6.2.1 6.3.1	classe prioritaria di segnalazione % dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer satisfaction	Organizzazione
E	IDP	4 Categorie protette	1	L'ospedale ha identificato le proprie categorie protette.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile						
E	IDP	4 Categorie protette	2	Fra le categorie protette l'ospedale ha identificato quelle che necessitano di particolari e diverse modalità di presa in carico e per queste ha previsto specifiche misure di protezione e tutela.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		SGTEC08	SGTEC08 Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di eliminazione delle barriere architettoniche?			
E	IDP	4 Categorie protette	3	Le misure previste dalle procedure aziendali per le categorie protette e individuate sono applicate dall'ospedale	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile						
E	IDP	4.1 Informazione al paziente e consenso informato	1	L'organizzazione dispone di informazioni strutturate (carta dei servizi e/o altro materiale informativo, sito internet, ecc.) dove tutte le persone interessate, ed in particolare pazienti e loro familiari, possano disporre delle informazioni sulle Unità di degenza ed attività ambulatoriali disponibili, sulle cure e sui servizi offerti dall'ospedale, sui criteri d'accesso, sui tempi di attesa, sulle tipologie e sui costi delle prestazioni disponibili in regime di solvenza.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	Direttiva del PCM del 27/01/1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici" L. R. n. 48 del 16/09/1988 Norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell'Ufficio di Pubblica Tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali. L.R. n. 33 del 30/12/2009 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità D.P.C.M. 19/05/1995 Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari"	OGPAZ03 OGCOM04	OGPAZ03 La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi la tipologia delle prestazioni erogate, gli operatori responsabili delle prestazioni, gli orari, i costi? OGCOM04 La Carta dei Servizi, redatta in conformità alle indicazioni regionali, è distribuita alle seguenti strutture: Istituzioni del territorio; Associazioni di Volontariato; Uffici di Pubblica Tutela; Medici di Medicina Generale; Pediatri di libera scelta?	6.4.1	Standard di comunicazione esterna	Organizzazione
E	IDP	4.1 Informazione al paziente e consenso informato	2	Nei casi in cui l'ospedale non sia in grado di fornire le cure o i servizi, a richiesta degli interessati devono essere date informazioni relative a strutture e servizi assistenziali alternativi.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica						
E	IDP	4.1 Informazione al paziente e consenso informato	3	I pazienti e/o i soggetti autorizzati secondo normativa e gli aventi diritto sono messi a conoscenza delle modalità di partecipazione alle decisioni terapeutiche e assistenziali; delle loro condizioni; di eventuali diagnosi confermate.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGCOM09	OGCOM09 Esistono documenti per l'acquisizione del consenso informato?			
E	IDP	4.1 Informazione al paziente e consenso informato	4	Il processo di informazione al paziente delle cure proposte per ottenere un consenso consapevole alle stesse è definito in un documento dell'ospedale che dettaglia anche quali procedure necessitino di un consenso informato scritto	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGCOM09	OGCOM09 Esistono documenti per l'acquisizione del consenso informato?			
E	IDP	4.1 Informazione al paziente e consenso informato	5	La procedura di acquisizione del consenso informato è nota al personale	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica		OGCOM09	OGCOM09 Esistono documenti per l'acquisizione del consenso informato?			
E	IDP	4.1 Informazione al paziente e consenso informato	6	Il processo di acquisizione del consenso informato risulta evidente e la modulistica è conservata nella documentazione sanitaria.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica		OGCOM09	OGCOM09 Esistono documenti per l'acquisizione del consenso informato?			
E	IDP	4.1 Informazione al paziente e consenso informato	7	La documentazione dimostra che i pazienti sono informati sui seguenti aspetti: a) le loro condizioni cliniche; b) quali procedure e trattamenti sono proposti; c) i potenziali benefici e gli effetti collaterali e inconvenienti; d) le modalità (difficoltà, tempistiche, imprevisti) di recupero e guarigione e) le alternative al trattamento proposto f) gli esiti del non trattamento g) le probabilità di successo del trattamento proposto	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGCOM09	OGCOM09 Esistono documenti per l'acquisizione del consenso informato?			

Ordine	Area	Standard	Progre ssivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
E	IDP	4.1 Informazione al paziente e consenso informato	8	I pazienti hanno ricevuto l'informazione circa quali professionisti sanitari sono responsabili della propria cura ed ai quali rivolgersi per ottenere informazioni.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGCOM08	OGCOM08 Esiste una guida riferita almeno ad uno dei seguenti eventi: a) ricovero; b) prestazione ambulatoriale, finalizzata alla trasparenza dell'atto sanitario?			
E	IDP	4.2 Privacy e riservatezza.	1	L'organizzazione ottempera alle disposizioni normative vigenti relative alla privacy e la relativa documentazione è completa ed aggiornata.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali. Costituzione Italiana Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea	OGSIN08	OGSIN08 Esiste un piano di adeguamento alla(Legge 675/96) - D.Lvo 196/2003, con aggiornamento almeno (semestrale) - annuale?	6.15.1	Segnalazioni in merito ai mancati adempimenti sulla privacy	Organizzazione
E	IDP	4.2 Privacy e riservatezza.	2	L'organizzazione dispone di una procedura aziendale atta a tutelare la riservatezza dei pazienti nelle varie situazioni in cui il paziente è coinvolto.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali. Costituzione Italiana Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea	OGSIN08	OGSIN08 Esiste un piano di adeguamento alla(Legge 675/96) - D.Lvo 196/2003, con aggiornamento almeno (semestrale) - annuale?			

TITOLO	PROCESSO DI CURA (PDC)
INTRODUZIONE	I processi relativi alla cura e al trattamento del paziente richiedono una adeguata pianificazione delle valutazioni iniziali e delle rivalutazioni da parte del personale sanitario, nonché delle relative modalità di documentazione, affinché il piano di cura sia rispondente ai reali bisogni del paziente.
RAZIONALE	le valutazioni iniziali devono essere effettuate il più precocemente possibile. In particolare, quelle mediche ed infermieristiche devono essere completate entro le prime 24 ore dall'accettazione e messe a disposizione di tutti gli operatori coinvolti nella processo di cura del paziente, attraverso adeguata tracciabilità nella documentazione clinica. Il paziente, nel corso della degenza, deve essere rivalutato da parte di tutti i professionisti sanitari coinvolti nella cura, ad intervalli di tempo rispondenti ai suoi bisogni e al suo piano di cura, al fine di verificarne l'appropriatezza ed efficacia sulla base all'evolversi delle condizioni cliniche del paziente. I dati emersi dalla valutazione iniziale e dalle rivalutazioni periodiche rappresentano la base della pianificazione dell'assistenza e delle cure che vanno documentate in cartella clinica e sono finalizzate ad ottenere risultati corrispondenti ai bisogni identificati sul paziente, i quali possono variare e comportare di conseguenza un cambiamento del piano di cura. Il processo di pianificazione prevede il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari. Il piano di cura formulato per ciascun paziente dovrebbe riflettere obiettivi di cura personalizzati, oggettivi e realistici in modo da facilitare la rivalutazione del paziente e la revisione dello stesso piano. Possono essere coinvolte nel piano di cura diverse figure professionali o operatori con diverse competenze che compongono l'equipe o posson essere esterne all'equipe di cura, tutti questi operatori devono trovare modalità strumenti e modalità di comunicazione utili che garantiscano una coerenza con gli obiettivi di cura individuati. Utile definire all'interno dell'equipe una figura di "care-manager" in grado di "prendersi carico" del paziente. Qualora il medico ritenga necessario prescrivere esami diagnostici, le richieste devono contenere oltre alla prestazione prescritta (con eventuale precisazione di materiali biologici da esaminare o del corretto sito di trattamento) il quesito diagnostico o la motivazione della richiesta. Vanno identificate le categorie protette di pazienti (tra cui: bambini, adolescenti, anziani fragili, malati terminali, pazienti affetti da dolore intenso o cronico, donne in travaglio di parto, donne interessate dall'interruzione di gravidanza, pazienti affetti da disturbi emotivi o psichiatrici, pazienti sospettati di tossicodipendenza e/o alcolismo, vittime di abbandono, abusi e maltrattamenti, pazienti affetti da malattie infettive o trasmissibili, pazienti sottoposti a chemioterapia o radioterapia, pazienti affetti da compromissione del sistema immunitario) presenti nell'ospedale, al fine di impostare correttamente il processo di valutazione per quelle specifiche tipologie di pazienti, allo scopo di rispondere ai loro bisogni peculiari. Nei reparti riabilitativi le attività sanitarie richiedono la presa in carico globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale (PRI) e la sua realizzazione con uno o più programmi attuativi (pri). Il progetto riabilitativo individualizzato (PRI) parte dall'analisi dei molteplici bisogni del PZ svolta dal medico responsabile e viene integrata da parte degli altri membri dell'equipe riabilitativa. Il PRI assolve allo scopo di individuare e rispondere ai bisogni globali dei PZ attraverso la definizione delle aree di intervento, obiettivi, e gli interventi necessari per il raggiungimento degli stessi ed il loro esito.
OBIETTIVI	I risultati delle rivalutazioni effettuate da parte del medico, quotidiane o ogni qualvolta si verifichino modificazioni significative nelle condizioni del paziente, devono essere annotati nella cartella clinica a disposizione di tutti gli operatori . Le valutazioni iniziali e le rivalutazioni devono dare evidenza dell'identificazione di eventuali categorie protette di pazienti e devono essere calibrate sulle stesse. Nei reparti riabilitativi, la declinazione del PRI in tempi, modalità e competenze coinvolte, sono definite con il pri. I dettagli della pianificazione e gli sviluppi del PRI sono tracciati e annotati in modo adeguato negli strumenti di lavoro predisposti a supporto dei professionisti coinvolti (cartella clinica, infermieristica, riabilitativa, PRI, pri, ecc.).

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accredittamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
	6	PROCESSO DI CURA (PDC)		(PDC)					6.6.1	frequenza normalizzata di richieste di ricambio su giorni di degenza	Organizzazione
F	PDC	5 Pianificazione delle cure e dell'assistenza	1	L'assistenza e le cure di ogni paziente sono pianificate dal referente medico, infermieristico e da altri professionisti sanitari entro 24 ore dall'accettazione in regime di ricovero.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11 OGPRO05	OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente?			
F	PDC	5 Pianificazione delle cure e dell'assistenza	2	L'assistenza e le cure pianificate sono personalizzate sulla base dei dati emersi dalla valutazione iniziale del paziente.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11 OGPRO05	OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente?			
F	PDC	5 Pianificazione delle cure e dell'assistenza	3	Il piano di cura e di assistenza sono aggiornati o rivisti, laddove appropriato, sulla base della rivalutazione del paziente ad opera degli operatori sanitari.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11 OGPRO09	OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria?			
F	PDC	5 Pianificazione delle cure e dell'assistenza	4	L'assistenza e le cure erogate a ciascun paziente sono documentate in cartella clinica ad opera del professionista sanitario che le ha erogate.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO09	OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria?			
F	PDC	5 Pianificazione delle cure e dell'assistenza	5	Le prescrizioni di esami diagnostici includono il quesito diagnostico o la motivazione dell'esame utili ai fini dell'interpretazione.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGVQA04	OGVQA04 - L'attività svolta per il/i progetto/i di valutazione e di verifica di qualità, è utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (TAC, RMN, Angioplastiche, ecc)?			
F	PDC	5.1 Pianificazione Trattamento Riabilitativo	1	La struttura dispone di un Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.) conforme alla normativa vigente che viene verificato nei contenuti con scadenza almeno biennale.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	"Piano d'indirizzo per la Riabilitazione" 10.02.2011 Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano Quaderni Ministero della Salute n°8/2011 DGR X/1185/2013 DGR X/1520/2014 DGR X/1980/2014	Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 57	Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 57 E' stato predisposto un Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.) da aggiornare almeno ogni 3 anni?			
F	PDC	5.1 Pianificazione Trattamento Riabilitativo	2	Per ciascun paziente è predisposto un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) completo e firmato dal medico responsabile.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	D.D.G. Sanità n. 4911 del 26.06.2008 "Manuale della Cartella Clinica II Edizione 2007, Cap.4" DGRVIII/9014 20.02. 2009 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE ED AI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO" all. 3 "Piano d'indirizzo per la Riabilitazione" 10.02.2011 Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano DGRVIII/9014 20.02. 2009 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE ED AI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO" all. 3 DGR IX7621/2010 Quaderni Ministero della Salute n°8/2011 DGR X/1185/2013 DGR X/1520/2014 DGR X/1980/2014	Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 60	Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 60 E' stato predisposto e inserito in cartella clinica, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.), con i relativi programmi riabilitativi individuali (p.r.i.)?			
F	PDC	5.1 Pianificazione Trattamento Riabilitativo	3	Nel Progetto Riabilitativo Individuale si definiscono: le aree di intervento specifiche gli obiettivi i professionisti coinvolti i setting le metodologie e metodiche riabilitative i tempi di realizzazione, la prognosi e la verifica degli interventi (p.r.i.) la condivisione con il paziente, e quando possibile, con la famiglia ed i care-giver.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile		Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 60	Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 60 E' stato predisposto e inserito in cartella clinica, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.), con i relativi programmi riabilitativi individuali (p.r.i.)?			
F	PDC	5.1 Pianificazione Trattamento Riabilitativo	4	Per ciascun paziente sono predisposti uno o più programmi riabilitativi individuali (p.r.i.) completi e firmati dal professionista responsabile	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 60	Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 60 E' stato predisposto e inserito in cartella clinica, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.), con i relativi programmi riabilitativi individuali (p.r.i.)?			
F	PDC	5.1 Pianificazione Trattamento Riabilitativo	5	Il programma riabilitativo individuale (pri) definisce specificamente, in attuazione del PRI: le aree di intervento specifiche, la modalità di presa in carico, gli obiettivi a breve e medio termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti la verifica periodica degli interventi.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	ripete	Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 60	Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 60 E' stato predisposto e inserito in cartella clinica, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.), con i relativi programmi riabilitativi individuali (p.r.i.)? Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 61 Il P.R.I. e i p.r.i. sono aggiornati periodicamente nel corso dell'episodio di cura?			

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accredittamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
F	PDC	5.1 Pianificazione Trattamento Riabilitativo	6	La documentazione riabilitativa è comprensiva della valutazione della disabilità' attraverso l'applicazione di scale validate appropriate alla tipologia del paziente quando indicato, attraverso valutazioni strumentali.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	ripete	Req. Tecnologici/Valutativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 47 Req. Tecnologici/Valutativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 48	Req. Tecnologici/Valutativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 47 In relazione all'attività svolta è garantita l'attività di diagnostica e valutativa? Req. Tecnologici/Valutativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 48 In relazione all'attività svolta è garantita: a) l'esecuzione di esami per la valutazione della funzionalità respiratoria b) il monitoraggio dei parametri vitali durante l'esercizio riabilitativo c) la valutazione della capacità di deglutizione d) la valutazione della funzionalità vescico-sfinterica e) la valutazione del circolo arterioso e venoso periferico f) la valutazione dei distretti articolari e muscolo-tendinei g) la valutazione dei disturbi dell'equilibrio e del cammino h) la valutazione della forza muscolare			
F	PDC	5.2 Assistenza ai pazienti ad alto rischio	1	L'organizzazione ha individuato e dettagliato le categorie di pazienti a rischio	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012) RACCOMANDAZIONE N. 16, APRILE 2014 (neonato sano) Raccomandazione N.6 PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO Raccomandazione n. 4, Marzo 2008 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE" Quaderni Ministero Salute n. 6, "Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano" Quaderni Ministero Salute n. 23 "Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza del paziente complesso" Quaderni Ministero Salute n. 16 "Promozione e tutela della salute del bambino e dell'adolescente: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale" Quaderni Ministero Salute n. 14 "Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della natalità a rischio"	OGPRO12	OGPRO12 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure: a) la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità; b) il prelievo, la conservazione, il trasporto di materiali organici da sottoporre ad accertamento; c) lo smaltimento dei rifiuti, delle istruzioni operative di disinfezione e sterilizzazione; e) la gestione dei farmaci?			
F	PDC	5.2 Assistenza ai pazienti ad alto rischio	2	Per ogni categoria individuata, sono definite specifiche procedure di assistenza.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile		OGPRO01 OGPRO03a	OGPRO01 - In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali, è favorito, l'utilizzo delle Linee guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche? OGPRO03a - Ogni unità organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni e linee guida, aggiornati per lo <u>svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo)</u> , informando il personale sull'esistenza di tali documenti, che devono essere accessibili?			
F	PDC	5.2 Assistenza ai pazienti ad alto rischio	3	I pazienti ricevono l'assistenza in conformità alle procedure	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO01 OGPRO03a	OGPRO01 - In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali, è favorito, l'utilizzo delle Linee guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche? OGPRO03a - Ogni unità organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni e linee guida, aggiornati per lo <u>svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo)</u> , informando il personale sull'esistenza di tali documenti, che devono essere accessibili?			
F	PDC	5.2 Assistenza ai pazienti ad alto rischio	4	In particolare l'assistenza ai pazienti urgenti/in emergenza è guidata da politiche e procedure appropriate.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	Raccomandazione n. 15, Febbraio 2013 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso" Legge 13 maggio 1978, n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" Costituzione della Repubblica Italiana Art. 13 e 32 • Legge n. 833, 23/12/1978, artt. 33-34-35 • LINEA GUIDA Documento Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 09/038/CR/C7, "Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale [Art. 33 – 34 – 35 Legge 23 Dicembre 1978, N. 833] DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITA' N. 10068 DEL 18/09/2008 "DETERMINAZIONI IN MERITO ALL'ORGANIZZAZIONE IN RETE E CRITERI DI RICONOSCIMENTO DELLE UNITA' DI CURA CEREBROVASCOLARI [UCV -STROKE UNIT]" DGR IX/1962/2011 APPROVAZIONE DEI REQUISITI AUTORIZZATIVI RELATIVI ALLA "MACROATTIVITA' AMBULATORIALE ADALTA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE", AI SENSI DELLA D.G.R. N. IX/1479 DEL 30/03/2011, E ALL'ATTIVITA' DI EMODINAMICA Quaderni del Ministero della Salute N°1 "Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza alle malattie del sistema cardiovascolare" Quaderni del Ministero della Salute N°2 Organizzazione dell'assistenza all'ictus: le Stroke Unit DGR IX/4983/2013 APPROVAZIONE LINEE GUIDA PER LA INDIVIDUAZIONE DI UNA RETE DI CENTRI CHE UTILIZZANO SISTEMI DI ASSISTENZA VENTRICOLARE SINISTRA (LEFT VENTRICULAR ASSIST DEVICE - LVAD) Decreto 7517/2013 "approvazione del documento tecnico "strategie integrate per ridurre la mortalità ospedaliera associata alla sepsi grave" RACCOMANDAZIONE REGIONALE PER L'IDENTIFICAZIONE, LA GESTIONE E IL TRATTAMENTO DELLA SEPSI IN ETA' PEDIATRICA	OGPRO02 OGPCG02 OGRIC23	OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indicino il <u>processo assistenziale</u> con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPCG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGRIC23 - Esiste un accordo formalizzato con una struttura di ricovero e cura dotata di PS, DEA o EAS per garantire nei tempi e nei modi appropriati il trattamento di eventuali complicanze e/o urgenze (di pertinenza nei casi in cui la struttura non è dotata di PS e di una U.O. Anestesia e Rianimazione)?			
F	PDC	5.3 Processi ad alto rischio	1	L'uso di sangue, emocomponenti ed emoderivati è definito in una procedura appropriata.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	"La trasfusione di emocomponenti, emoderivati e farmaci emostatici: una guida al buon uso" Rev 00 Documento elaborato dal Gruppo di Lavoro CTO della CTS, approvato dalla Conferenza dei DMTE II/12/2008. DGR VIII/9014 20.02. 2009 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE ED AI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO" all. 3 DGR IX/7621/2010 Raccomandazione n. 5, Marzo 2008 "RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA REAZIONE TRASFUSIONALE DA INCOMPATIBILITÀ ABO"	OGVQA07	OGVQA07 - Esistono almeno due programmi di miglioramento della qualità all'anno, uno dei quali riguarda una delle seguenti aree: - uso del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati; - controllo delle infezioni ospedaliere; - razionale utilizzo dei farmaci; - appropriatezza dei ricoveri; - appropriatezza delle indagini diagnostiche ad alto costo (TAC, RMN, Angioplastica ecc)?			
F	PDC	5.3 Processi ad alto rischio	2	Sangue, emocomponenti ed emoderivati sono somministrati in conformità alle procedure	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGVQA07	OGVQA07 - Esistono almeno due programmi di miglioramento della qualità all'anno, uno dei quali riguarda una delle seguenti aree: - uso del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati; - controllo delle infezioni ospedaliere; - razionale utilizzo dei farmaci; - appropriatezza dei ricoveri; - appropriatezza delle indagini diagnostiche ad alto costo (TAC, RMN, Angioplastica ecc)?	6.5.1	Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Organizzazione

Ordine	Area	Standard	Progre ssivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
F	PDC	5.4 Gestione del dolore	1	L'organizzazione ha definito il processo di valutazione e gestione del dolore.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO 24 Maggio 2001,"Accordo tra il Ministero della Sanità e le province autonome sul documento del linee guida inerente il progetto Ospedale Senza dolore"; Decreto Direttore Generale Sanità n° 23454 del 30.12.2004 "Determinazioni per la costituzione del Comitato Ospedale Senza Dolore (COOSD) presso le strutture sanitarie di ricovero e cura e adozione del "manuale applicativo" per la realizzazione dell'ospedale senza dolore" PSSR 2007-2009 DCR VIII/0257/2006 L 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" Nota Regionale H1.2010.0022711 del 25.06.2010	OGPRO02	OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità?			
F	PDC	5.4 Gestione del dolore	2	I pazienti con dolore ricevono le cure e l'assistenza in base alle linee guida definite per la gestione del dolore.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO11	OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?			

TITOLO	SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO (SML)
INTRODUZIONE	I Servizi di Medicina di Laboratorio, compreso il Servizio di Anatomia Patologica, sono essenziali nell'erogazione delle cure al paziente ed hanno il compito di conciliare i bisogni con le esigenze dei professionisti sanitari responsabili della presa in carico.
RAZIONALE	La continua evoluzione tecnologica e metodologica che la ricerca offre porta il Laboratorio a regolamentare i requisiti relativi alla preparazione ed identificazione del paziente, alla raccolta, trasporto, conservazione, pro cessazione ed analisi dei campioni, compresi della validazione, interpretazione, refertazione. Inoltre vengono declinati ulteriori requisiti in ordine alla sicurezza ed eticità delle proprie attività. L'accresciuta offerta di prestazioni in questo ambito ha tuttavia comportato, negli ultimi anni, un aumento della domanda non sempre del tutto giustificata, che ha ulteriori risvolti nella medicina difensiva.
OBIETTIVI	L'Organizzazione ha quindi l'obiettivo di inserire il Laboratorio all'interno della progettazione e realizzazione dei propri percorsi diagnostico – terapeutici – assistenziali (PDTA), affinché venga costantemente perseguita l'appropriatezza degli stessi ed il consumo razionale delle risorse. L'Organizzazione, in un approccio globale alla gestione ed al miglioramento della qualità dei Laboratori, ha come obiettivo: • Il monitoraggio dei dati dei controlli di qualità e delle prove di funzionalità delle apparecchiature; • Il monitoraggio dei processi tramite la raccolta di dati basati su indicatori e criteri; • L'avvio di azioni e cambiamenti laddove il monitoraggio indichi la necessità di un intervento Questi processi rappresentano il contesto nel quale offrire servizi di alta qualità in un ambiente sicuro e ben organizzato. I requisiti individuati dalla presente area della Checklist di Autovalutazione Regionale sono coerenti con un'ampia gamma di programmi strutturati e di ulteriori approcci alla gestione ed al miglioramento della qualità previsti per questa disciplina.

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditazione	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
8	SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (SDI)			(SDI)							
G	SML	6 Fase Pre analitica	1	E' disponibile un elenco delle analisi eseguite dal laboratorio e dai suoi laboratori di riferimento.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	DGR n. 38133 del 06/08.1998 Attuazione dell'articolo 12, comma 3 e 4, della L.r. 11.7.1997 n.31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie" DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo DDG n. 42811 del 15/10/1999 Direttive in ordine all'attività dei Laboratori di Analisi Mediche a scopo diagnostico ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence	OGRIC04 OSLAB24 OSLAB17 OSLAB02 OSLAB21	OGRIC04 In ogni presidio ospedaliero sono garantite le funzioni di Laboratorio di analisi e di Diagnostica per immagini? OSLAB24 Esegue unicamente le prestazioni comprese nell'elenco delle prestazioni di base? OSLAB17 Le prestazioni erogate sono quelle contenute nel nomenclatore tariffario regionale alla branca specialistica "Laboratorio di analisi chimico cliniche e microbiologiche"? OSLAB02 Esiste un documento che descrive tutti i servizi/prestazioni offerti dal laboratorio, in cui sono esplicitati gli esami che vengono eseguiti direttamente - con quali procedure ed attrezzature - e quelli che vengono inviati ad altre strutture? OSLAB21 Garantisce, anche utilizzando il "service", le prestazioni della branca "Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche – Microbiologia – Virologia – Anatomia e Istologia Patologica – Genetica – Immunoematologia e Servizio Trasfusionale" di cui è in grado di assicurare correttamente il prelievo, la conservazione e il trasporto?			
G	SML	6 Fase Pre analitica	2	Sono stati elaborati i documenti che descrivono le fasi del prelievo per le diverse tipologie di campione inviato in laboratorio.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	DGR n. 38133 del 06/08.1998 Attuazione dell'articolo 12, comma 3 e 4, della L.r. 11.7.1997 n.31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie" DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo DDG n. 3495 del 05/04/2007 Determinazioni in merito ai Servizi di Medicina di Laboratorio in applicazione della DGR n. VIII/4239 ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence	OSLAB03 OSLAB04 OSLAB05	OSLAB03 Esistono dei documenti di servizio (regolamenti interni o linee guida) riguardanti il riconoscimento degli utenti? OSLAB04 Esistono dei documenti di servizio (regolamenti interni o linee guida) riguardanti l'identificazione dei campioni? OSLAB05 Sono predisposte procedure, regolamenti interni o linee guida, riguardanti le modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento? (Attenzione! La domanda è la stessa che viene posta a livello generale (V. requisito OGPRO06); la risposta data deve essere la stessa.			
G	SML	6 Fase Pre analitica	3	Sono state elaborate le istruzioni che riguardano quantomeno i seguenti punti: -- metodiche standard e speciali per la preparazione dei pazienti al prelievo dei campioni; -- precauzioni da adottare in caso di procedure particolari; -- modalità di raccolta, conservazione, trasporto e consegna dei campioni.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	DGR n. 38133 del 06/08.1998 Attuazione dell'articolo 12, comma 3 e 4, della L.r. 11.7.1997 n.31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie" DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo DDG n. 3495 del 05/04/2007 Determinazioni in merito ai Servizi di Medicina di Laboratorio in applicazione della DGR n. VIII/4239 ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence	OGPRO12*	OGPRO12* Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure: a) la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità; b) il prelievo, la conservazione, il trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento; c) lo smaltimento dei rifiuti; d) le istruzioni operative di disinfezione e sterilizzazione; e) la gestione dei farmaci?			
G	SML	6 Fase Pre analitica	4	Le istruzioni sono messe a disposizione ed applicate da tutti i soggetti che effettuano prelievi di campioni.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence	OGPRO12*	OGPRO12* Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure: a) la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità; b) il prelievo, la conservazione, il trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento; c) lo smaltimento dei rifiuti; d) le istruzioni operative di disinfezione e sterilizzazione; e) la gestione dei farmaci?			
G	SML	6 Fase Pre analitica	5	Le istruzioni vengono fornite al paziente in modo da garantire il superamento di barriere linguistiche.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Allegato 1) al Decreto N. 3184 del 2.03.2005 "Raccomandazioni per un "Ospedale Interculturale" ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence	OSLAB15	OSLAB15 Esiste un opuscolo informativo sul Servizio per gli utenti, contenente almeno le modalità di accesso?			

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditemento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
G	SML	6 Fase Pre analitica	6	Esiste un protocollo per il corretto abbinamento campione/paziente.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	DGR n. 38133 del 06/08.1998 Attuazione dell' articolo 12, comma 3 e 4, della l.r. 11.7.1997 n.31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie" DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence	OSLAB03 OSLAB04	OSLAB03 Esistono dei documenti di servizio (regolamenti interni o linee guida) riguardanti il riconoscimento degli utenti? OSLAB04 Esistono dei documenti di servizio (regolamenti interni o linee guida) riguardanti l'identificazione dei campioni?			
G	SML	6 Fase Pre analitica	7	L'identificazione del campione prevede: -- l'utilizzo di un identificativo univoco per ogni contenitore utilizzato; -- l'etichetta utilizzata per l'identificazione dei campioni da inviare in laboratorio riporta almeno due identificativi del paziente.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence	OSLAB12 OSLAB04	OSLAB12 Esiste manuale delle procedure diagnostiche, contenente per ogni esame almeno: a) preparazione dell'utente agli esami; b) modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione; c) caratteristiche e descrizione del metodo analitico impiegato; d) modalità di compilazione, trasmissione e consegna referti? OSLAB04 Esistono dei documenti di servizio (regolamenti interni o linee guida) riguardanti l'identificazione dei campioni?			
G	SML	6 Fase Pre analitica	8	Sono stati definiti i criteri di non accettabilità per il rifiuto dei campioni.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence					
G	SML	6 Fase Pre analitica	9	In Anatomia Patologica sono descritte le modalità per la tracciabilità dell'identificazione di campioni, vetrini e blocchetti per tutta la durata del trattamento, dell'allestimento dei vetrini e della loro conservazione.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence					
G	SML	6 Fase Pre analitica	10	In Anatomia Patologica è verificata l'accettabilità delle colorazioni prima di refertare i risultati e sono presenti le registrazioni dei controlli effettuati per tutte le colorazioni speciali.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence					
G	SML	6 Fase Pre analitica	11	Sono rispettate le regole per l'utilizzo dei laboratori in service.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	DDG n. 42811 del 15/10/1999 Direttive in ordine all'attività dei Laboratori di Analisi Mediche a scopo diagnostico DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence			6.18.1	indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Organizzazione
G	SML	6.1 Controlli di qualità	1	I processi per il controllo di qualità interno sono stabiliti per ciascun metodo di analisi e i dati di tali processi sono disponibili e utilizzati per monitorare e garantire la stabilità dei sistemi analitici.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence	OGVQA05 OSLAB11	OGVQA05 I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologia, e i centri trasfusionali, prevedono attività di controllo di qualità interne ed esterne? OSLAB11 Esiste un sistema di archiviazione che contenga almeno i risultati dei controlli di qualità interni, conservandoli almeno per un anno, e i risultati dei controlli di qualità esterni, conservandoli per almeno tre anni?			
G	SML	6.1 Controlli di qualità	2	E' adottato un programma di valutazione esterna della qualità che preveda controlli di qualità interlaboratori o il controllo di qualità esterno, laddove disponibile.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	DDG 32856/2000 - Linee guida su "Controllo di Qualità Interno nel Servizio di Medicina di Laboratorio"	OGVQA05	OGVQA05 I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologia, e i centri trasfusionali, prevedono attività di controllo di qualità interne ed esterne?			
G	SML	6.1 Controlli di qualità	3	E' adottato un metodo alternativo (allineamento strumentale) per assicurare accuratezza e attendibilità nei casi in cui non sia disponibile un programma di controllo di qualità esterno.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	DDG 32856/2000 - Linee guida su "Controllo di Qualità Interno nel Servizio di Medicina di Laboratorio"	OGVQA05	OGVQA05 I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologia, e i centri trasfusionali, prevedono attività di controllo di qualità interne ed esterne?			
G	SML	6.1 Controlli di qualità	4	Il laboratorio che esegue le analisi autocertifica a quello committente un elenco delle valutazioni esterne di qualità a cui partecipa e dei controlli di qualità interni che esegue.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo	OSLAB11	OSLAB11 Esiste un sistema di archiviazione che contenga almeno i risultati dei controlli di qualità interni, conservandoli almeno per un anno, e i risultati dei controlli di qualità esterni, conservandoli per almeno tre anni?			

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditazione	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
G	SML	6.1 Controlli di qualità	5	I risultati delle valutazioni esterne di qualità e dei controlli di qualità interni devono essere disponibili per l'eventuale consultazione, su richiesta dei laboratori committenti.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo DDG 32856/2000 - Linee guida su "Controllo di Qualità Interno nel Servizio di Medicina di Laboratorio"			6.19.1	esiti degli audit interni e di parte terza	Organizzazione
G	SML	6.1 Controlli di qualità	6	La sorveglianza dei risultati dei controlli di qualità è effettuata da parte di personale qualificato.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo DDG 32856/2000 - Linee guida su "Controllo di Qualità Interno nel Servizio di Medicina di Laboratorio" ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence			6.19.1	esiti degli audit interni e di parte terza	Organizzazione
G	SML	6.1 Controlli di qualità	7	Sono documentate le azioni correttive in caso di rilevazione di criticità tramite le misure del controllo di qualità o le attività di verifica.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo DDG 32856/2000 - Linee guida su "Controllo di Qualità Interno nel Servizio di Medicina di Laboratorio" ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence	OGVQA06 OSLAB14	OGVQA06 I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologia, e i centri trasfusionali, partecipano a programmi di miglioramento della qualità? OSLAB14 Il laboratorio partecipa a programmi di miglioramento della qualità? (Attenzione! La domanda è la stessa che viene posta a livello generale (V. requisito OGVQA6); la risposta data deve essere la stessa.)	6.19.1	esiti degli audit interni e di parte terza	Organizzazione
G	SML	6.1 Controlli di qualità	8	Il laboratorio documenta periodicamente la riproducibilità dei risultati degli esami eseguiti in microscopia clinica e citofluorimetria ottenuti tra tutti i laboratoristi che li eseguono.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo DDG 32856/2000 - Linee guida su "Controllo di Qualità Interno nel Servizio di Medicina di Laboratorio" ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence			6.19.1	esiti degli audit interni e di parte terza	Organizzazione
G	SML	6.1 Controlli di qualità	9	La direzione del laboratorio fornisce la supervisione delle analisi eseguite direttamente nei luoghi di cura (point-of-care testing).	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Decreto n. 252 del 21/1/2013 - Indicazioni in merito alle attività dei servizi di medicina di laboratorio riguardo le attività di POCT (Point Of Care)					

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditemento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
G	SML	6.2 Fase analitica	1	Il laboratorio dispone di una procedura scritta (anche di origine esterna) e aggiornata per l'esecuzione di ciascuna metodica analitica.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	DGR n. 38133 del 06/08.1998 Attuazione dell' articolo 12, comma 3 e 4, della l.r. 11.7.1997 n.31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie" DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence	OSLAB12	OSLAB12 Esiste manuale delle procedure diagnostiche, contenente per ogni esame almeno: a) preparazione dell'utente agli esami; b) modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione; c) caratteristiche e descrizione del metodo analitico impiegato; d) modalità di compilazione, trasmissione e consegna referti?			
G	SML	6.2 Fase analitica	2	Le procedure contemplano i seguenti requisiti: - la descrizione di ogni fase dell'esecuzione delle analisi cliniche - istruzioni specifiche per la verifica di validità della metodica tramite controlli o calibratori, compresa una definizione dei valori di controllo accettabili e delle azioni da intraprendere quando i risultati del controllo non sono accettabili - limitazioni insite nelle metodiche, comprese eventuali sostanze interferenti.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence	OSLAB12 OSLAB08	OSLAB12 ESiste manuale delle procedure diagnostiche, contenente per ogni esame almeno: a) preparazione dell'utente agli esami; b) modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione; c) caratteristiche e descrizione del metodo analitico impiegato; d) modalità di compilazione, trasmissione e consegna referti? OSLAB08 Reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione. presentano etichette che ne indichino: a) identità, titolo o concentrazione, condizioni di conservazione raccomandate, data di preparazione e di scadenza, ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto?			
G	SML	6.3 Fase post-analitica	1	L'organizzazione ha stabilito i tempi di refertazione dei risultati delle analisi di laboratorio.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence			6.11.1	% prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Organizzazione
G	SML	6.3 Fase post-analitica	2	I referti sono preparati entro i tempi necessari a soddisfare i bisogni di cura del paziente.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence	OSLAB20	OSLAB20 Tramite apposita segnaletica, l'utenza è informata circa l'orario di accesso alle prestazioni, le modalità di prenotazione e i tempi di consegna dei referti?			
G	SML	6.3 Fase post-analitica	3	Sono monitorati i tempi di refertazione delle prestazioni diagnostiche richieste in urgenza/emergenza.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence			6.11.1	% prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Organizzazione
G	SML	6.3 Fase post-analitica	4	Sono monitorati i tempi di refertazione e consegna dei referti in routine.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence			6.11.1	% prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Organizzazione
G	SML	6.3 Fase post-analitica	5	Qualora un referto contenga l'interpretazione dei risultati degli esami, l'interpretazione viene validata dal professionista che l'ha eseguita.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence					
G	SML	6.3 Fase post-analitica	6	Il laboratorio dispone di una politica scritta che definisce i valori critici del laboratorio e il processo da seguire quando il risultato di un esame è critico.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence					
G	SML	6.3 Fase post-analitica	7	I risultati critici sono comunicati direttamente al professionista che ha in carico il paziente o a un intermediario autorizzato.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence					
G	SML	6.3 Fase post-analitica	8	In Anatomia Patologica i referti degli esami sono redatti utilizzando una nomenclatura descrittiva appropriata dei risultati.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	DGR n. VII/ 3313 del 02/02/2001 Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla LR 12/08/1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio ed all'attività di prelievo ISO 15189 Medical laboratories — Particular requirements for quality and Competence					

TITOLO	SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (SDI)
INTRODUZIONE	La rivoluzione delle tecnologie nel campo dell'informatica e dei rilevatori di immagine, nonché delle conoscenze mediche, ha modificato in maniera sostanziale la possibilità di utilizzare le tecniche di Diagnostica per Immagini quali necessari ed indispensabili supporti alla diagnosi, alla prognosi, al monitoraggio della malattia ed alla realizzazione di procedure interventistiche sia diagnostiche che terapeutiche. L'accresciuta offerta di prestazioni in questo ambito ha di fatto comportato negli anni una crescita della domanda non sempre del tutto giustificata, che ha contribuito in maniera significativa all'incremento delle liste di attesa e dei costi relativi.
RAZIONALE	Il ricorso inappropriato alle prestazioni di Diagnostica per Immagini che utilizzano radiazioni ionizzanti comporta un'indebita irradiazione del paziente ed un aumento della dose collettiva alla popolazione, aspetti regolamentati dalla normativa cogente, che ricadono sulle responsabilità del professionista radiologo. Il principio dell'appropriatezza delle prestazioni è alla base della definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) ed è più volte ribadito nelle disposizioni seguite all'emanazione del Decreto di Riordino della disciplina in materia sanitaria (Decreto Legislativo 30 dicembre 1997 n.502 e s.m.i.).
OBIETTIVI	L'obiettivo primario che si vuole perseguire con la presente Area della Check-list di Autovalutazione Regionale è quello di fornire ai medici specialisti in radiologia e medicina nucleare uno strumento di lavoro per valutare l'aderenza del proprio Servizio ai principali requisiti qualitativi, tecnologici e di sicurezza, nonché di appropriatezza delle prestazioni. Obiettivo secondario, ma non meno importante, è quello di inserire i Servizi di Diagnostica per Immagini all'interno della progettazione e realizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) implementati dall'organizzazione, affinché ne venga costantemente perseguita l'appropriatezza.

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accredimento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
8	SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (SDI)			(SDI)							
H	SDI	7 Fase pre diagnostica	1	Esistono istruzioni che riguardano quantomeno i seguenti punti: -- preparazione dei pazienti per le specifiche indagini; -- precauzioni da adottare in caso di procedure particolari.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	NBP Radiofarmaci Linee Guida Cnipa					
H	SDI	7 Fase pre diagnostica	2	Le istruzioni sono messe a disposizione dei prescrittori e/o dei pazienti	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica	Codice di Deontologia Medica					
H	SDI	7 Fase pre diagnostica	3	Le istruzioni vengono fornite al paziente in modo da garantire il superamento di barriere linguistiche.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica	Codice di Deontologia Medica	OSDIM02	OSDIM02 Vengono comunicati all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, i tempi di consegna dei referti?			
H	SDI	7 Fase pre diagnostica	4	La corretta applicazione delle istruzioni è verificata prima dell'esecuzione delle indagini.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica	NBP Radiofarmaci Linee Guida Cnipa					
H	SDI	7 Fase pre diagnostica	5	Esistono protocolli per il riconoscimento certo della prestazione da eseguire, della sede e del lato paziente e di quant'altro necessario alla corretta esecuzione dell'indagine.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	Raccomandazione Ministeriale n. 3, Luglio 2006 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura					
H	SDI	7.1 Fase diagnostica e refertazione	1	Sono descritte le responsabilità nelle diverse fasi dell'esecuzione delle prestazioni.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	Dlgs 187/00 Attuazione della direttiva 97/43/ EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche	OSDIM05 OSDIM06 OSDIM04 OSDIM07	OSDIM05 Durante lo svolgimento dell'attività diagnostica, è presente almeno un medico, in possesso della specializzazione prevista? OSDIM06 Durante l'orario dell'attività diagnostica, è presente almeno un tecnico di radiologia? (Da tale requisito è esclusa l'attività di ecografia che può essere assicurata dal solo medico) OSDIM04 Il personale sanitario laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate? OSDIM07 Durante lo svolgimento di indagini di carattere invasivo sul sistema cardiovascolare e di indagini di neuro-radiologia, che richiedono l'osservazione del paziente, è prevista la presenza di un medico in possesso della specializzazione in anestesia e rianimazione?			
H	SDI	7.1 Fase diagnostica e refertazione	2	E' garantita la rintracciabilità degli operatori intervenuti nelle diverse fasi dell'esame.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Dlgs 187/00 Attuazione della direttiva 97/43/ EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche					
H	SDI	7.1 Fase diagnostica e refertazione	3	Esistono protocolli specifici per la gestione delle immagini e dei referti compresa anche la tele-radiologia, laddove presente.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	Linee Guida Cnipa D. Lgs. 196/06 Codice in materia di protezione dei dati personali					
H	SDI	7.1 Fase diagnostica e refertazione	4	Esiste un protocollo per la gestione delle immagini in uscita per il teleconsulto.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	Linee Guida Cnipa D. Lgs. 196/06 Codice in materia di protezione dei dati personali	OSDIM08	OSDIM08 Tramite apposita segnaletica, l'utenza è informata circa l'orario di accesso alle prestazioni, le modalità di prenotazione e i tempi di consegna dei referti? à RIS PACS			
H	SDI	7.1 Fase diagnostica e refertazione	5	Sono attuati i programmi di verifica della qualità delle immagini e le eventuali azioni correttive dei difetti	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Dlgs 187/00 Attuazione della direttiva 97/43/ EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche. D. Lgs. 230/95 Attuazione delle direttive Euratom 80/836, 84/467, 84/466, 89/618, 90/641 e 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti DM 02/08/91 Risonanza magnetica DM del 03/08/93 Risonanza magnetica	OSDIM01	OSDIM01 E' attivato un sistema di controllo di qualità?			
H	SDI	7.1 Fase diagnostica e refertazione	6	Sono definiti dei criteri condivisi per la redazione del referto secondo linee guida.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	Linee Guida Sirm					

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditazione	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Testo	Ambito
H	SDI	7.1 Fase diagnostica e refertazione	7	Sono attuati programmi di verifica della qualità dei referti con relative eventuali azioni di miglioramento.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica	ISO 9001:2008	OSDIM01	OSDIM01 E' attivato un sistema di controllo di qualità?				
H	SDI	7.1 Fase diagnostica e refertazione	8	Esiste un protocollo per la corretta assegnazione paziente/immagine e la correzione di eventuali errori nell'archivio.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	Linee Guida Cnipa ISO 9001:2008 Raccomandazione Ministeriale n. 3, Luglio 2006 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	OSDIM01	OSDIM01 E' attivato un sistema di controllo di qualità?				
H	SDI	7.1 Fase diagnostica e refertazione	9	L'organizzazione ha stabilito i tempi attesi di refertazione delle indagini.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli di assistenza"	OSDIM08 OSDIM02	OSDIM08 Tramite apposita segnaletica, l'utente è informato circa l'orario di accesso alle prestazioni, le modalità di prenotazione e i tempi di consegna dei referti? OSDIM02 Vengono comunicati all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, i tempi di consegna dei	6.11.1	% prestazioni che rispettano i tempi di attesa		Organizzazione
H	SDI	7.1 Fase diagnostica e refertazione	10	Sono monitorati i tempi di refertazione delle prestazioni richieste in urgenza/emergenza.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli di assistenza"	non sembra essere	non sembra essere presente	6.11.1	% prestazioni che rispettano i tempi di attesa		Organizzazione
H	SDI	7.1 Fase diagnostica e refertazione	11	I referti sono resi disponibili entro i tempi necessari a soddisfare i bisogni del paziente.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica	D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli di assistenza"	OSDIM02	OSDIM02 Vengono comunicati all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, i tempi di consegna dei referti?				
H	SDI	7.1 Fase diagnostica e refertazione	12	Vengono monitorati i tempi d'attesa della refertazione e consegna dei referti.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli di assistenza"			6.11.1	% prestazioni che rispettano i tempi di attesa		Organizzazione
H	SDI	7.1 Fase diagnostica e refertazione	13	Esistono modalità di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	Dlgs 187/00 Attuazione della direttiva 97/43/ EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche. D. Lgs. 230/95 Attuazione delle direttive Euratom 80/836, 84/467, 84/466, 89/618, 90/641 e 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti DLgs. 229/99 Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, comma 4 c	SGTEC 07 OGVQA04 OGVQA07	SGTEC 07. Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti? (D.Lgs 230/95 D.Lgs. 187/00) è commento requisito di sicurezza non di appropriatezza? (principio di giustificazione Rx solo se appropriato) OGVQA04 L'attività svolta per il/i progetto/i di valutazione e di verifica di qualità, è utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (TAC, RMN, Angioplastiche, ecc.)? OGVQA07 Esistono almeno due programmi di miglioramento della qualità all'anno, uno dei quali riguarda una delle seguenti aree: - uso del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati; - controllo delle infezioni ospedaliere; - razionale utilizzo dei farmaci; - appropriatezza dei ricoveri; - appropriatezza delle indagini diagnostiche ad alto costo (TAC, RMN, Angioplastica, ecc.)?				

TITOLO	PROCESSO DI GESTIONE DEL FARMACO
Introduzione	La gestione del farmaco all'interno delle organizzazioni sanitarie è un processo altamente complesso per il numero di fasi che lo caratterizzano, per il numero di professionisti sanitari coinvolti nelle diverse fasi, per una frequente necessità di armonizzare più farmaci in pazienti con polipatologia e politerapia. Questa complessità espone ad un maggior rischio di errore che può essere contenuto prevalentemente implementando procedure standardizzate della gestione del farmaco e identificando in modo incontrovertibile chi deve fare che cosa, come e quando deve farlo. L'impatto sanitario della malattia iatrogena è imponente se si considera che la morte per farmaci è al quarto posto tra le cause di morte a livello mondiale.
Razionale	La standardizzazione delle diverse fasi della gestione del farmaco, prescrizione, preparazione, somministrazione, registrazione, riduce la variabilità individuale e la arbitrarietà nella scelta dell'organizzazione della gestione del farmaco, contraendo in modo consistente la possibilità di errore. La assegnazione certa di alcuni compiti e alcune responsabilità alle diverse figure professionali (medici, farmacisti, infermieri, etc) è un processo attivo che attraverso la formazione e l'assegnazione di privileges garantisce all'organizzazione una funzione di governo attivo della gestione del farmaco.
Obiettivo	L'organizzazione sanitaria deve attuare delle modalità operative per migliorare la sicurezza nel processo di gestione del farmaco e governa il processo di gestione del farmaco in ogni sua declinazione attraverso: la stesura di procedure, la assegnazione di privileges ai diversi professionisti sanitari, la registrazione nella documentazione clinico assistenziale di tutte le attività di gestione del farmaco e la verifica periodica della corretta implementazione del processo.

Ordine	Area	Standard	Progre ssivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero Indicatore	Indicatore	Ambito
9	PROCESSO DI GESTIONE DEL FARMACO (PGF)			(PGF)							
I	PGF	8 Prescrizione e trascrizione dei farmaci: politiche e procedure	1	L'organizzazione dispone di procedure che regolano la prescrizione e la trascrizione sicure dei farmaci. Le procedure sono elaborate da team multiprofessionali.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile		OGPRO03b	OGPRO03b Presso ogni unità organizzativa sono a disposizione protocolli organizzativi inerenti la conservazione, gestione dei farmaci, dei dispositivi medici, le procedure per il richiamo dei farmaci e dei dispositivi medici e prodotti diagnostici?			
I	PGF	8 Prescrizione e trascrizione dei farmaci: politiche e procedure	2	L'organizzazione definisce quali prescrizioni devono essere scritte e quali possono essere accettate come prescrizioni verbali e i soggetti autorizzati a prescrivere. Le prescrizioni verbali devono essere effettuate con un processo che ne garantisca la sicurezza (vedi OB2).	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile		OGPRO12	OGPRO12 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure: a) la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità; b) il prelievo, la conservazione, il trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento; c) lo smaltimento dei rifiuti; d) le istruzioni operative di disinfezione e sterilizzazione; e) la gestione dei farmaci?			
I	PGF	8 Prescrizione e trascrizione dei farmaci: politiche e procedure	3	Gli operatori coinvolti sono addestrati sulle pratiche corrette di prescrizione e trascrizione.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO14	OGPRO14 Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?			
I	PGF	8 Prescrizione e trascrizione dei farmaci: politiche e procedure	4	La cartella clinica contiene un elenco di tutte le terapie in corso precedentemente al ricovero ospedaliero (anamnesi farmacologica) e queste informazioni sono messe a disposizione degli operatori sanitari che hanno in carico il paziente.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGVQA01	OGVQA01 Il presidio attiva programmi di valutazione e miglioramento delle attività, selezionati in rapporto alle attività individuate?			
I	PGF	8 Prescrizione e trascrizione dei farmaci: politiche e procedure	5	La prescrizione di terapia all'ingresso è confrontata con l'elenco dei farmaci assunti dal paziente prima del ricovero con le modalità definite dall'ospedale.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGFAR01	OGFAR01 La gestione del farmaco e delle terapie farmacologiche sono guidate da politiche e procedure?			
I	PGF	8.1 Requisiti e criteri di accettabilità delle prescrizioni di terapia farmacologica	1	La procedura stabilisce le caratteristiche delle prescrizioni di terapia farmacologica considerate accettabili. Sono obbligatori i seguenti punti: a) identificazione del paziente b) elementi della prescrizione (dosaggio, forma e via di somministrazione, tempi) c) regolamentazione della prescrizione al bisogno d) comportamenti in caso di prescrizioni non conformi compreso il caso di illeggibilità; e) regolamentazione dell'utilizzo di prescrizioni di terapia verbali e telefoniche e verifiche del processo; f) indicazioni in merito alle prescrizioni in funzione del peso (es pediatriche, geriatriche, oncologiche...) g) indicazioni in merito all'eventuale autorizzazione all'autosomministrazione.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile		OGFAR02	OGFAR02 L'ospedale in ogni fase della gestione del farmaco prevede criteri di sicurezza			
I	PGF	8.1 Requisiti e criteri di accettabilità delle prescrizioni di terapia farmacologica	2	L'organizzazione verifica la completezza delle prescrizioni rispetto alle procedure aziendali.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile						
I	PGF	8.2 L'organizzazione identifica i professionisti qualificati che sono autorizzati a prescrivere od ordinare i farmaci	1	L'organizzazione ha stabilito le regole per autorizzare i soggetti alla prescrizione dei farmaci	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile						
I	PGF	8.2 L'organizzazione identifica i professionisti qualificati che sono autorizzati a prescrivere od ordinare i farmaci	2	La prescrizione di alcuni farmaci è eseguita solo da soggetti autorizzati espressamente.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		SQE.9	SQE.9 L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica ed esperienze) del personale medico autorizzato a fornire assistenza sanitaria senza supervisione. AOP 5.8 UNO O PIU' PROFESSIONISTI QUALIF ... LABORATORIO + AOP 6.7 UNO O PIU' PROFESSIONISTI QUALIF ... RADIOLOGIA			
I	PGF	8.2 L'organizzazione identifica i professionisti qualificati che sono autorizzati a prescrivere od ordinare i farmaci	3	I professionisti autorizzati a prescrivere od ordinare i farmaci sono noti al servizio farmaceutico o agli operatori incaricati di dispensare i farmaci.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		SQE.10	SQE.10 L'org.ne ha una procedura standard.ta oggettiva e basata sull'evid. per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pz e a erogare altre prestaz cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.			
I	PGF	8.3 Registrazione della prescrizione e somministrazione	1	Per ogni singolo paziente, le prescrizioni e le registrazioni relative alla somministrazione della terapia, operate dalle diverse figure coinvolte nel processo, sono raccolte in una unica documentazione (foglio unico di terapia).	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		SQE.12	SQE.12 L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica ed esperienze) del personale infermieristico.			
I	PGF	8.3 Registrazione della prescrizione e somministrazione	2	Le informazioni relative alla terapia farmacologica sono tenute in cartella clinica o inserite in cartella clinica alla dimissione o al trasferimento del paziente.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		SQE.13	SQE.13 L'ospedale ha attivato un processo efficace per l'individuazione delle responsabilità delle varie mansioni e per l'assegnazione degli incarichi clinici in base alle credenziali di ciascun membro del personale infermieristico e ai requisiti obbligat			
I	PGF	8.4 Gestione della preparazione dei farmaci	1	Esiste un sistema uniforme di preparazione e distribuzione dei farmaci in tutto l'ospedale.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperim/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		SQE.15	SQE.15 L'organizzazione ha un procedura standardizzata per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica ed esperienze) degli altri professionisti sanitari.	3.5.1	prontuario farmaceutico ospedaliero-aggiornamento	Tecnologie

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accredittamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero Indicatore	Indicatore	Ambito
I	PGF	8.4 Gestione della preparazione dei farmaci	2	I farmaci sono etichettati in modo appropriato dopo la preparazione: nome del farmaco, dose/concentrazione, data preparazione, data scadenza (per es galenici), identificazione del paziente.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile						
I	PGF	8.4 Gestione della preparazione dei farmaci	3	I farmaci sono dispensati nella forma di somministrazione più pronta per l'uso.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile				3.5.1	prontuario farmaceutico ospedaliero-aggiornamento	Tecnologie
I	PGF	8.5 Autorizzazione alla somministrazione dei farmaci	1	L'organizzazione identifica gli operatori autorizzati a somministrare i farmaci.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile						
I	PGF	8.5 Autorizzazione alla somministrazione dei farmaci	2	Soltanto gli operatori autorizzati dall'organizzazione in forza di abilitazioni idonee, leggi e regolamenti somministrano i farmaci.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile						
I	PGF	8.6 Gestione della somministrazione	1	Il farmaco, il dosaggio e la via di somministrazione sono verificati rispetto alla prescrizione.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile						
I	PGF	8.6 Gestione della somministrazione	2	Il farmaco è somministrato come prescritto e l'avvenuta o mancata somministrazione sono registrate sul foglio unico di terapia.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile						
I	PGF	8.7 Regolamentazione della autosomministrazione dei farmaci e dei campioni di specialità medicinali	1	Sono implementate politiche e procedure per regolare l'autosomministrazione dei farmaci ad opera del paziente.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile						
I	PGF	8.7 Regolamentazione della autosomministrazione dei farmaci e dei campioni di specialità medicinali	2	Sono implementate politiche e procedure per regolare la disponibilità e l'utilizzo dei campioni gratuiti di medicinali.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile						
I	PGF	8.7 Regolamentazione della autosomministrazione dei farmaci e dei campioni di specialità medicinali	3	Sono implementate politiche e procedure per regolare l'utilizzo di farmaci di proprietà del paziente che recepiscono le indicazioni di legge.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile						
I	PGF	8.8 Monitoraggio e misura degli effetti dei farmaci sul paziente	1	L'organizzazione monitora gli effetti del farmaco sul paziente e li registra in cartella clinica.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile						
I	PGF	8.8 Monitoraggio e misura degli effetti dei farmaci sul paziente	2	Gli effetti avversi sono registrati in cartella e segnalati nei tempi previsti dalla politica ospedaliera nell'ambito del sistema di farmacovigilanza.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile				3.2.1	tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa	Tecnologie
I	PGF	8.8 Monitoraggio e misura degli effetti dei farmaci sul paziente	3	Degli effetti avversi è previsto un report periodico	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile				3.2.1	tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa	Tecnologie
I	PGF	8.9 Farmaci LASA	1	L'organizzazione ha definito una procedura per la gestione dei farmaci LASA coerentemente da quanto definito dalla raccomandazione ministeriale.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile				4.5.1	Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Organizzazione

TITOLO	ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA E CHIRURGICA (AAC)
INTRODUZIONE	Quest'area comprende 5 tematiche che delineano il percorso del paziente chirurgico o del paziente sottoposto a procedure diagnostico-terapeutiche per le quali è variamente necessario l'atto anestesilogico; sono comprese l'anestesia e la sedazione, la pianificazione dell'intervento chirurgico e l'intervento stesso, il periodo postoperatorio. L'evoluzione della chirurgia in ogni settore e della diagnostica in generale, derivanti dal progresso tecnologico e informatico, ha determinato, e in un certo senso imposto, lo sviluppo di tecniche anestesilogiche e di procedure di preparazione e gestione del paziente volte a soddisfare esigenze estremamente differenti. Inoltre il diffondersi di chirurgie e diagnostiche endoscopiche, procedure endoluminali ha modificato i tempi di permanenza del paziente in ospedale, molto ridotti rispetto al passato. Quindi la preparazione all'intervento, la tecnica anestesilogica, il monitoraggio del paziente nella fase postoperatoria si sono progressivamente perfezionati per soddisfare le esigenze dettate da tempi chirurgici e di degenza, limitati ad un'unica giornata o a poche ore, garantendo al paziente un percorso chirurgico sicuro fino al suo rientro a domicilio che, a tutti gli effetti, è diventato il luogo del postoperatorio. La documentazione clinica dà evidenza di questa complessità e variabilità, traccia il percorso chirurgico e lo rende evidente ed esplicito affinché i curanti possano assicurare continuità terapeutica durante e dopo il ricovero.
RAZIONALE	Sedazione La sedazione moderata/profonda, diversa dalla sedazione intesa come ansiolisi, si è diffusa ampiamente nei pazienti che devono essere sottoposti a indagini diagnostiche invasive e non invasive, manovre endoscopiche, interventi chirurgici di lieve entità soprattutto con l'introduzione di farmaci anestetici endovenosi dotati di caratteristiche farmacologiche che li rendono particolarmente maneggevoli (brevissima durata d'azione, scarso accumulo, disponibilità di antidoto) e quindi creano le condizioni cliniche idonee ad una rapida e sicura dimissione. Questo tipo di sedazione ha la finalità di aumentare il comfort (pazienti claustrofobici, indagini prolungate etc), garantire l'immobilità o comunque consentire la manovra, ridurre o abolire il dolore. La sedazione moderata diventa sedazione profonda e viceversa rappresentando una condizione di continuum clinico nel quale il paziente può passare da un livello all'altro in dipendenza del tipo di farmaco, dalla dose e via di somministrazione Poiché l'approfondimento della sedazione può compromettere l'efficacia dei riflessi protettivi delle vie aeree e quindi la loro pervietà e l'efficienza della respirazione, la sedazione si configura non esente da rischi. Quindi in ogni contesto venga attuata, è necessario garantire standard qualitativi e di sicurezza omogenei, distinti per tipologia di paziente, di trattamento e classe di rischio. Si rende sempre necessario, e in maniera esplicita, da parte dell'organizzazione, individuare i contesti e i pazienti per i quali viene utilizzata la sedazione moderata e profonda; pianificare le modalità di questa attività e identificare i requisiti di monitoraggio basandosi su protocolli e Linee Guida validate internazionalmente dalle società scientifiche. Contestualmente devono essere identificate le qualifiche e competenze del personale coinvolto; in particolare il medico che attua la sedazione moderata e profonda deve possedere le competenze per poter gestire il processo di sedazione nella sua interezza, dalla valutazione pre-sedazione, alla conduzione della sedazione, alla risposta alle complicanze, alla gestione del risveglio e della dimissione dalla sedazione. E' indispensabile che il medico abbia del personale qualificato, identificato dall'organizzazione, responsabile dei monitoraggi e dell'assistenza sia in caso di manovre rianimatorie che di supporto. Vengono stabiliti i criteri di dimissione del paziente dopo sedazione utilizzando scale validate internazionalmente (es. score di Aldrete e Kroulik). Si deve identificare la documentazione necessaria all'equipe di cura per lavorare e comunicare efficacemente; elaborare un consenso informato; individuare le apparecchiature specialistiche necessarie e i monitoraggi. L'organizzazione garantisce anche spazi idonei allo svolgimento dell'attività e al controllo del paziente fino alla dimissione in Reparto. Gli spazi devono essere sufficienti per tutte le attrezzature d'anestesia e per la gestione delle urgenze, in grado di accogliere le barelle e forniti di adeguata illuminazione L'adesione agli item riguardanti la sedazione moderata/profonda induce l'organizzazione a esplicitare una procedura per la sedazione univoca e aderente alle necessità della struttura. La documentazione clinica che accompagna ogni sedazione esplicita il trattamento farmacologico, dosaggio e tempi di somministrazione, dà evidenza delle condizioni cliniche pre-procedura, del monitoraggio effettuato durante e dopo la procedura, della somministrazione di eventuali antidoti o altri farmaci nella fase di risveglio. Deve comprendere l'evidenza che il momento di discharge e il rientro in reparto o la dimissione dall'ospedale avvengano rispettando criteri scientificamente validati. Ulteriore obiettivo è garantire che vengano acquisiti i consensi necessari, tracciare cronologicamente la procedura e permettere l'identificazione del personale sanitario che ha realizzato la sedazione.
OBIETTIVI	Gli obiettivi perseguiti da questi item riguardano la redazione di un documento, il verbale operatorio, necessariamente parte della cartella clinica, e i cui contenuti siano esplicativi in maniera esaustiva e precisa dell'atto chirurgico, completati dagli elementi identificativi del paziente e degli operatori. Al fine di mantenere il continuum delle cure, gestire il decorso postoperatorio e l'eventuale insorgenza di complicanze, è prevista sia la redazione di una nota dell'intervento in diaria sia la presenza del verbale operatorio in cartella clinica prima che il paziente lasci l'area di risveglio.
	Anestesia

TITOLO	ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA E CHIRURGICA (AAC)
Razionale	L'anestesia, in tutte le sue modalità (generale, loco-regionale, blended), consente al paziente di essere sottoposto a interventi chirurgici o procedure diagnostico – terapeutiche invasive o non invasive, proteggendo l'organismo dal trauma chirurgico o, nel caso di manovre non invasive, permettendone l'esecuzione con il minimo discomfort. L'anestesia generale è indispensabile per portare a compimento gli interventi di chirurgia maggiore. Nelle sue diverse tecniche l'anestesia è comunque una pratica complessa dal punto di vista procedurale, farmacologico, tecnologico. Comporta un livello di rischio elevato quindi deve essere svolta da un professionista qualificato inserito in uno o dei servizi di anestesia disposti dall'organizzazione per far fronte ai bisogni del paziente, conformi alle leggi, normative, standard locali e nazionali. Al fine di rendere l'anestesia sicura è necessario prevedere una valutazione anestesiologica qualche tempo prima della procedura chirurgica o non chirurgica che necessita dell'anestesia. Questa valutazione ne permette la pianificazione, la programmazione dell'analgesia postintervento e laddove necessario consente approfondimenti diagnostici e approcci terapeutici utili a migliorare la preparazione del paziente. Nell'ultimo ventennio questo momento del percorso di cura del paziente ha trovato una precisa collocazione nell'ambito della medicina perioperatoria. La valutazione deve portare all'assegnazione di una classe di rischio operatorio (sistema ASA) La valutazione preoperatoria è raccolta in una specifica scheda per poter assicurarne la tracciabilità e la disponibilità ad altri professionisti sanitari. Il trattamento anestesiologico è pianificato e documentato nella scheda anestesiologica; la tracciabilità del percorso anestesiologico viene garantita attraverso la reportistica della scheda di monitoraggio anestesiologico che contiene tutte le informazioni e i monitoraggi relativi al tipo di anestesia e alla tecnica utilizzata nelle varie manovre e fasi, le correlazioni con gli eventi e fasi dell'atto chirurgico o alla procedura, i farmaci e gli eventuali emocomponenti somministrati, gli orari, i professionisti coinvolti. Si fa precedere nella scheda anestesiologica, una valutazione immediatamente pre-induzione per attestare le condizioni del paziente per attestarne l'idoneità e la stabilità dei parametri fisiologici. In caso di urgenza si effettuano entrambe in rapida successione o in contemporanea. Il percorso del paziente sottoposto ad anestesia prevede il monitoraggio e l'osservazione del risveglio. I dati raccolti durante questa fase con le tempistiche, in particolare l'orario di uscita dalla Sala Operatoria e l'orario di dimissione dall' area di risveglio, oltre agli orari di somministrazione dei farmaci, sono alla base delle decisioni riguardanti la dimissione del paziente dal Blocco Operatorio, la sua destinazione, il percorso di cura postoperatorio. La documentazione relativa a questa fase è annessa alla scheda anestesiologica e completa la documentazione presente in cartella clinica relativa all'atto anestesiologico. Per la Regione Lombardia la cartella anestesiologica, insieme al verbale operatorio, rientra negli elementi essenziali di completezza della
OBIETTIVI	Realizzare una procedura di attuazione dell'anestesia che per la sua complessità rappresenta uno dei capisaldi della gestione del rischio clinico: la procedura comprende l'iter di preparazione e valutazione del paziente all'anestesia e la definizione della classe ASA, valutazione immediatamente pre-induzione, la reportistica di monitoraggio intraoperatorio della tecnica d'anestesia, i farmaci somministrati, le manovre, i parametri clinici derivanti dai monitoraggi, i supporti tecnologici e i devices utilizzati, le eventuali complicanze, la somministrazione di emoderivati. Nell'ambito della procedura è compresa la mappatura della fase postoperatoria di risveglio e quindi di dimissione dalla Recovery Room con l'esplicitazione del piano assistenziale postoperatorio per il mantenimento della continuità delle cure. E' compreso uno standard specifico riguardante l'acquisizione del consenso informato anestesiologico.
	Pianificazione chirurgica
RAZIONALE	L' intervento chirurgico è l'evento fondamentale del percorso del paziente chirurgico. La sua pianificazione origina dalla valutazione del paziente e dei rischi e benefici che quella procedura può determinare. Una pianificazione accurata e ben concertata è alla base di un atto chirurgico sicuro. La complessità dell'intervento può imporre la necessità di consultare più professionisti e in alcuni casi lo stesso intervento chirurgico si può realizzare solo con la partecipazione attiva di chirurghi di specialità diverse e di professionisti di discipline non chirurgiche. La pianificazione dell'atto chirurgico viene esplicitata nell'informazione data al paziente, o a chi ne fa le veci, nell'acquisizione del consenso all'intervento, in modo che il paziente sia consapevole del percorso che ha portato alla diagnosi e alla scelta dell'intervento e delle eventuali procedure preparatorie.
OBIETTIVI	L' item specifico indirizza ad avere per tutti gli interventi chirurgici o procedure terapeutiche un piano che comprenda gli elementi emersi dalle valutazioni pre-operatorie, la diagnosi conseguente che ha dato origine all'indicazione chirurgica, le eventuali terapie di supporto all'intervento, in particolare la profilassi antibiotica e antitrombotica. Ulteriore finalità riguarda il contenuto della cartella clinica che deve dare evidenza del processo di pianificazione dell'intervento .
	Assistenza post operatoria
RAZIONALE	L' assistenza post- operatoria sia medica che infermieristica dipende dai bisogni del paziente, correlati con il tipo di procedura effettuata . Ne deriva che l'assistenza postoperatoria deve essere pianificata in tutti i suoi aspetti compreso il livello di assistenza , l'ambiente di cura, i monitoraggi, la terapia farmacologica e non , il trattamento di follow up. Per garantire la continuità delle cure il piano deve essere tempestivamente esplicitato in cartella clinica, preferibilmente entro le 24 ore dall'intervento chirurgico. Nell'esplicitazione del piano è necessario considerare che per alcuni pazienti questo è già iniziato prima dell'intervento essendo emersi dei bisogni o essendo state riconosciute condizioni preesistenti all'atto chirurgico. La pianificazione dell'assistenza postoperatoria deve correlarsi alle modificazioni delle condizioni del paziente, in particolare va ripetuta ad ogni trasferimento interno. In questo ambito è fondamentale garantire un processo comunicativo tra tutti coloro che sono impegnati nella cura del paziente.
OBIETTIVI	L'intento è avere garantita per ogni paziente l'assistenza post-operatoria e che questa venga documentata in cartella clinica. In base alla tipologia di paziente e in base all'intervento le condizioni cliniche devono essere monitorate e registrate; la registrazione dello stato del paziente è alla base dell' elaborazione del piano terapeutico/assistenziale post-operatorio e quindi importante fonte di informazioni ed elemento di comunicazione per e tra gli operatori.

Ordine	Area	Standard	Progressiva	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditalmento	Testo Requisiti accreditamento
10	ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA E CHIRURGICA (AAC)			(AAC)				
L	AAC	9 Sedazione	1	L'organizzazione ha definito procedure univoche per l'assistenza ai pazienti sottoposti a sedazione moderata e/o profonda (anche in caso di processo affidato a terzi).	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		1. OSDSU04 2. OSACH03 3. OSACH02 4. OSACH01 5. OSDSU02	1. OSDSU04 Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza a ciclo diurno, e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto del Day Surgery con gli altri servizi della struttura; rapporti con il med. 2. OSACH03 Durante lo svolgimento dell'attività di chirurgia a bassa complessità operativa ed assistenziale è presente in struttura un Anestesista disponibile per questa attività? 3. OSACH02 Gli interventi chirurgici e le procedure diagnostiche e/o terapeutiche eseguite sono ricompresi nell'elenco di cui alla dgr 10804/09? 4. OSACH01 Esistono dei protocolli che descrivano le procedure degli interventi effettuati? 5. OSDSU02 La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate?
L	AAC	9 Sedazione	2	Le procedure comprendono la definizione di: - tipologia di sedazione, - documentazione clinica assistenziale da adottare, inclusi i consensi, - monitoraggio intra e post sedazione, - criteri di dimissione post sedazione, - le competenze specifiche del personale coinvolto nei processi di sedazione.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	- Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" Regione Lombardia - Reg. Lombardia DGR VIII / 9014 del 20 febbraio 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" - Reg. Lombardia DGR n. VIII / 9581 del 11 giugno 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento IV Provvedimento" - Reg. Lombardia DGR n. IX/ 000621 del 13 Ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l' Esercizio 2010 - III Provvedimento.	1. OGCOM09 2. SSDSU05 3. SSDSU06 4. SSDSU11	1. OGCOM09 Esistono documenti per l'acquisizione del consenso informato? 2. SSDSU05 La sala operatoria dispone di apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione del gas dotato anche di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato, respiratore automatico dotato anche di allarme per disconnessione paziente? 3. SSDSU06 La sala operatoria dispone di un monitor per la rilevazione dei parametri vitali? N.B. Qualora la funzione di Day Surgery si svolga all'interno di un'area di degenza, il servizio di supporto indicato può essere comune. 4. SSDSU11 La sala operatoria dispone di strumentazione adeguata per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche? N.B. Qualora la funzione di Day Surgery si svolga all'interno di un'area di degenza, il servizio di supporto indicato può essere
L	AAC	9 Sedazione	3	La documentazione clinico-assistenziale comprende inoltre: - una valutazione pre-sedazione, - la documentazione dei monitoraggi pre e post sedazione.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	- Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" Regione Lombardia - Reg. Lombardia DGR VIII / 9014 del 20 febbraio 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" - Reg. Lombardia DGR n. VIII / 9581 del 11 giugno 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento IV Provvedimento" - Reg. Lombardia DGR n. IX/ 000621 del 13 Ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l' Esercizio 2010 - III Provvedimento.		
L	AAC	9.1 Anestesia	1	Per ciascun paziente sottoposto ad anestesia viene effettuata una valutazione preanestesiologica.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	- Reg. Lombardia D.G.R. del 17/12/1999 n°6/47077 Approvazione delle linee guida sulla prevenzione e sicurezza nelle sale operatorie - Reg. Lombardia DGR VIII / 9014 del 20 febbraio 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" - Reg. Lombardia DGR n. VIII / 9581 del 11 giugno 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" IV Provvedimento" - Reg. Lombardia DGR n. IX/ 000621 del 13 Ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l' Esercizio 2010" III Provvedimento. - Manuale della Sala Operatoria Manuale per la Sicurezza (ottobre 2009) circolare 900.2/2.7/190 del 14 marzo 1996 del Ministero della Sanità - Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" Regione Lombardia		
L	AAC	9.1 Anestesia	2	In aggiunta alla valutazione preanestesiologica viene effettuata un'ulteriore valutazione preinduzione.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	- D.G.R. Regione Lombardia del 17/12/1999 n°6/47077 Approvazione delle linee guida sulla prevenzione e sicurezza nelle sale operatorie - DGR VIII / 9014 del 20 febbraio 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" - DGR n. VIII / 9581 del 11 giugno 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento IV Provvedimento" - DGR n. IX/ 000621 del 13 Ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l' Esercizio 2010 - III Provvedimento. - Manuale della Sala Operatoria Manuale per la Sicurezza (ottobre 2009) circolare 900.2/2.7/190 del 14 marzo 1996 del Ministero della Sanità - Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" Regione Lombardia		Approvazione delle linee guida sulla prevenzione e sicurezza nelle

Ordine	Area	Standard	Progressiva	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accredittamento	Testo Requisiti accreditamento
L	AAC	9.1 Anestesia	3	Le due valutazioni sono eseguite da un professionista qualificato in tal senso e sono documentate.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	- Manuale della Sala Operatoria Manuale per la Sicurezza (ottobre 2009) circolare 900.2/2.7/190 del 14 marzo 1996 del Ministero della Sanità - Reg. Lombardia DGR VIII / 9014 del 20 febbraio 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" - Reg. Lombardia DGR n. VIII / 9581 del 11 giugno 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento IV Provvedimento" - Reg. Lombardia DGR n. IX/ 000621 del 13 Ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l' Esercizio 2010 - III Provvedimento." - Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" Regione Lombardia		
L	AAC	9.1 Anestesia	4	La tecnica anestetica utilizzata è documentata nella scheda anestesiológica del paziente.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	- Manuale della Sala Operatoria Manuale per la Sicurezza (ottobre 2009) circolare 900.2/2.7/190 del 14 marzo 1996 del Ministero della Sanità - D.G.R. Regione Lombardia del 17/12/1999 n°6/47077 Approvazione delle linee guida sulla prevenzione e sicurezza nelle sale operatorie - Regione Lombardia Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" - DGR VIII / 9014 del 20 febbraio 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" - DGR n. VIII / 9581 del 11 giugno 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento IV Provvedimento" - DGR n. IX/ 000621 del 13 Ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l' Esercizio 2010 - III Provvedimento.		
L	AAC	9.1 Anestesia	5	Il paziente e/o i familiari sono informati sui rischi, benefici ed alternative.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica	Il Consenso informato in Medicina aggiornato al 5 marzo 2014-VI ed. - Fondazione ENPAM	1. OGCOM09	1. OGCOM09 Esistono documenti per l'acquisizione del consenso informato?
L	AAC	9.1 Anestesia	6	E' acquisito il consenso informato all'anestesia secondo le indicazioni regionali.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica	Il Consenso informato in Medicina aggiornato al 5 marzo 2014-VI ed. - Fondazione ENPAM	1. OGCOM09	1. OGCOM09 Esistono documenti per l'acquisizione del consenso informato?
L	AAC	9.1 Anestesia	7	Lo stato fisiologico del paziente è monitorato su base continua durante la somministrazione di anestesia e i risultati del monitoraggio sono registrati nella scheda anestesiológica del paziente, parte integrante della cartella clinica.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	- Ministero della Sanità circolare n° 61 del 19/12/1986 concernente il periodo di conservazione della documentazione sanitaria; - Parere del Consiglio Superiore della Sanità del 13/09/1995; - Ministero della salute Sala Operatoria Manuale per la Sicurezza (ottobre 2009) - Circolare 900.2/2.7/190 del 14 marzo 1996 del Ministero della Sanità - Reg. Lombardia DGR del 17/12/1999 n°6/47077 Approvazione delle linee guida sulla prevenzione e sicurezza nelle sale operatorie - Regione Lombardia Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" - Reg. Lombardia DGR VIII / 9014 del 20 febbraio 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" - Reg. Lombardia DGR n. VIII / 9581 del 11 giugno 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento IV Provvedimento" - Reg. Lombardia DGR n. IX/ 000621 del 13 Ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l' Esercizio 2010	1. SSDSU05 2. SSDSU06	1. SSDSU05 La sala operatoria dispone di 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? 2. SSDSU06 La sala operatoria dispone di un monitor per la rilevazione dei parametri vitali? N.B. Qualora la funzione di Day Surgery si svolga all'interno di un'area di degenza, il servizio di supporto indicato può essere comune.

Ordine	Area	Standard	Progressiva	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditazione	Testo Requisiti accreditamento
L	AAC	9.1 Anestesia	8	Le condizioni del paziente post anestesia al risveglio, sono monitorate e documentate.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	- Ministero della Sanità circolare n° 61 del 19/12/1986 concernente il periodo di conservazione della documentazione sanitaria; - Parere del Consiglio Superiore della Sanità del 13/09/1995; - Ministero della salute Sala Operatoria Manuale per la Sicurezza (ottobre 2009) - circolare 900.2/2.7/190 del 14 marzo 1996 del Ministero della Sanità Regione Lombardia Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - - Reg. Lombardia DGR VIII / 9014 del 20 febbraio 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" - Reg. Lombardia DGR n. VIII / 9581 del 11 giugno 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" IV Provvedimento" - Reg. Lombardia DGR n. IX/ 000621 del 13 Ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l'Esercizio 2010" III Provvedimento. - Reg. Lombardia DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria"	1. SSDSU06	1. SSDSU06 La sala operatoria dispone di un monitor per la rilevazione dei parametri vitali? N.B. Qualora la funzione di Day Surgery si svolga all'interno di un'area di degenza, il servizio di supporto indicato può essere comune.
L	AAC	9.1 Anestesia	9	La dimissione del paziente dalle aree post anestesia è regolata da una procedura aziendale che definisce i criteri di dimissibilità, le attività e le responsabilità delle figure professionali coinvolte.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile			
L	AAC	9.1 Anestesia	10	Il percorso del paziente sottoposto ad anestesia nonché la documentazione di tutte le sue fasi compresi i monitoraggi, la somministrazione di emocomponenti ed emoderivati, e la fase post anestesiológica sono documentate attraverso: - la tracciabilità cronologica della data e dell'ora e dell'esecutore della prestazione. - la descrizione della prestazione/monitoraggio effettuata.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	- Ministero della salute Sala Operatoria Manuale per la Sicurezza (ottobre 2009) circolare 900.2/2.7/190 del 14 marzo 1996 del Ministero della Sanità - Reg. Lombardia DGR del 17/12/1999 n°6/47077 Approvazione delle linee guida sulla prevenzione e sicurezza nelle sale operatorie - Raccomandazione n. 5/2008 per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0 - Reg. Lombardia DGR VIII / 9014 del 20 febbraio 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" - Reg. Lombardia DGR n. VIII / 9581 del 11 giugno 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" IV Provvedimento" - Reg. Lombardia DGR n. IX/ 000621 del 13 Ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l'Esercizio 2010" III Provvedimento. - Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" Regione Lombardia		
L	AAC	9.2 Pianificazione chirurgica	1	Il trattamento chirurgico di ciascun paziente è pianificato e documentato in un piano chirurgico, che include: - le informazioni disponibili emerse dalle valutazioni, - la diagnosi preoperatoria - l'eventuale profilassi antibiotica e antitrombotica programmata.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	- Ministero della Sanità circolare n° 61 del 19/12/1986 concernente il periodo di conservazione della documentazione sanitaria; - Parere del Consiglio Superiore della Sanità del 13/09/1995; - DGR VIII / 9014 del 20 febbraio 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" - DGR n. VIII / 9581 del 11 giugno 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento IV Provvedimento" - DGR n. IX/ 000621 del 13 Ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l'Esercizio 2010 - III Provvedimento. - Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" Regione Lombardia		

Ordine	Area	Standard	Progressiva	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accredittamento	Testo Requisiti accreditamento
L	AAC	9.3 Intervento chirurgico	1	La documentazione della procedura chirurgica è registrata in un verbale operatorio che include almeno: - la data e la durata dell'intervento - la diagnosi postoperatoria, - la descrizione della procedura eseguita, dei riscontri e degli accertamenti intraoperatori e degli eventuali prelievi di campioni di materiale biologico, - la menzione specifica di eventuali complicanze o l'assenza di queste, - le perdite ematiche sostenute durante l'intervento - la profilassi antibiotica e antitrombotica eventualmente somministrate - i nomi dell'equipe chirurgica e del personale di sala operatoria.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	- Ministero della Sanità circolare n° 61 del 19/12/1986 concernente il periodo di conservazione della documentazione sanitaria; - Parere del Consiglio Superiore della Sanità del 13/09/1995; - Ministero della salute Sala Operatoria Manuale per la Sicurezza (ottobre 2009) - Circolare 900.2/2.7/190 del 14 marzo 1996 del Ministero della Sanità - Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti del sito chirurgico e della procedura Racc. n. 3, 2008 - Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" Regione Lombardia - Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico Racc. n. 2, 2008 - Reg. Lombardia DGR VIII / 9014 del 20 febbraio 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" - Reg. Lombardia DGR n. VIII / 9581 del 11 giugno 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" IV Provvedimento" - Reg. Lombardia DGR n. IX/ 000621 del 13 Ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l' Esercizio 2010" III Provvedimento.	1. OSOPE02 2. OSOPE04 3. OSDSU07	. OSOPE02 La sala operatoria è attivata solo in presenza di almeno un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri professionali? 2. OSOPE04 E' istituito e regolarmente compilato il registro operatorio nel quale sono indicate, oltre alle generalità del paziente, il tipo e la durata dell'intervento chirurgico e gli operatori che hanno effettuato l'intervento? 3. OSDSU07 E' istituito e regolarmente compilato il registro operatorio nel quale siano indicate, oltre alle generalità del paziente, l'intervento chirurgico e i chirurghi che hanno effettuato l'intervento?
L	AAC	9.3 Intervento chirurgico	2	Il verbale operatorio è disponibile prima che il paziente lasci l'area di risveglio postoperatorio.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	- Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" Regione Lombardia - Ministero della salute Sala Operatoria Manuale per la Sicurezza (ottobre 2009) circolare 900.2/2.7/190 del 14 marzo 1996 del Ministero della Sanità	1. OSOPE04 2. OSDSU07 3. SSDSU06 4. OSACH08 5. OSACH09 6. OSACH10	1. OSOPE04 E' istituito e regolarmente compilato il registro operatorio nel quale sono indicate, oltre alle generalità del paziente, il tipo e la durata dell'intervento chirurgico e gli operatori che hanno effettuato l'intervento? 2. OSDSU07 E' istituito e regolarmente compilato il registro operatorio nel quale siano indicate, oltre alle generalità del paziente, l'intervento chirurgico e i chirurghi che hanno effettuato l'intervento? 3. SSDSU06 La sala operatoria dispone di un monitor per la rilevazione dei parametri vitali? N.B. Qualora la funzione di Day Surgery si svolga all'interno di un'area di degenza, il servizio di supporto indicato può essere comune. 4. OSACH08 . Esiste un apposito registro dove sono riportati gli interventi eseguiti? 5. OSACH09 L'apposito registro riporta almeno: il numero progressivo corrispondente alla scheda clinica ambulatoriale; la data e il tipo di procedura; la tecnica anestesiológica utilizzata; i nominativi del personale e le firme/a degli operatori / operatore ? 6. OSACH10 È identificato il responsabile della tenuta del registro stesso?
L	AAC	9.4 Assistenza post operatoria	1	L'assistenza postoperatoria medica, infermieristica e di altro genere, è pianificata per ciascun paziente.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	- Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" Regione Lombardia - Ministero della salute Sala Operatoria Manuale per la Sicurezza (ottobre 2009) circolare 900.2/2.7/190 del 14 marzo 1996 del Ministero della Sanità - DGR VIII / 9014 del 20 febbraio 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" - DGR n. VIII / 9581 del 11 giugno 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento IV Provvedimento" - DGR n. IX/ 000621 del 13 Ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l' Esercizio 2010 - III Provvedimento.	1. OSACH12 2. OSDSU03 3. OSDSU04	1. OSACH12 Al termine dell'intervento viene consegnato al paziente un referto/relazione per il medico di medicina generale, che contenga almeno: una chiara descrizione del tipo di anestesia utilizzata, dell'eventuale diagnosi e della procedura effettuata; 2. OSDSU03 Nell'arco delle ore di attività di day surgery è garantita la presenza di almeno un chirurgo, di un anestesista e di un infermiere professionale? 3. OSDSU04 Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza a ciclo alurno, e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto del Day Surgery con gli altri servizi della struttura; rapporti con il med
L	AAC	9.4 Assistenza post operatoria	2	Il piano di assistenza postoperatoria è documentato in cartella clinica.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	- Ministero della Sanità circolare n° 61 del 19/12/1986 concernente il periodo di conservazione della documentazione sanitaria; - Parere del Consiglio Superiore della Sanità del 13/09/1995; - Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" Regione Lombardia - Ministero della salute Sala Operatoria Manuale per la Sicurezza (ottobre 2009) - Circolare 900.2/2.7/190 del 14 marzo 1996 del Ministero della Sanità - Reg. Lombardia DGR VIII / 9014 del 20 febbraio 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" - Reg. Lombardia DGR n. VIII / 9581 del 11 giugno 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento IV Provvedimento" - Reg. Lombardia DGR n. IX/ 000621 del 13 Ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l' Esercizio 2010" III Provvedimento.	1. OSDSU05 2. OSDSU06 3. OSDSU08	1. OSDSU05 Per ogni paziente è compilata una cartella clinica? 2. OSDSU06 . All'atto della dimissione è consegnata al paziente una breve relazione clinica destinata al medico curante? 3. OSDSU08 Al momento della dimissione, viene comunicato al paziente, per iscritto il recapito del medico della struttura presso la quale ha avuto luogo il ricovero, al quale potrà rivolgersi in caso di necessità?

Ordine	Area	Standard	Progressiva	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditazione	Testo Requisiti accreditamento
L	AAC	9.4 Assistenza post operatoria	3	Lo stato fisiologico del paziente è monitorato e registrato nel postoperatorio.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	- Ministero della Sanità circolare n° 61 del 19/12/1986 concernente il periodo di conservazione della documentazione sanitaria; - Parere del Consiglio Superiore della Sanità del 13/09/1995; - Regione Lombardia Manuale della Cartella Clinica I ed 2001 - II ed 2007 - Ministero della salute Sala Operatoria Manuale per la Sicurezza (ottobre 2009) - Circolare 900.2/2.7/190 del 14 marzo 1996 del Ministero della Sanità - Reg. Lombardia DGR VIII / 9014 del 20 febbraio 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento" - Reg. Lombardia DGR n. VIII / 9581 del 11 giugno 2009 "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento IV Provvedimento" - Reg. Lombardia DGR n. IX/ 000621 del 13 Ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l'Esercizio 2010 III Provvedimento. - Reg. Lombardia DGR n. 4659 del 9/1/2013, il "Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria"		

TITOLO	TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE (TDP)
INTRODUZIONE	L'esperienza del ricovero di un paziente all'interno di un'organizzazione sanitaria, in tutte le sue fasi che vanno dall'accettazione fino alla dimissione o trasferimento, può prevedere il coinvolgimento di diversi dipartimenti e servizi e di operatori sanitari appartenenti a diverse discipline. In tutte le fasi del trattamento, i bisogni del paziente devono essere soddisfatti mediante l'utilizzo di risorse appropriate all'interno e, se necessario, all'esterno dell'organizzazione. Il trasferimento di un paziente presso un'altra organizzazione sanitaria si fonda sulle condizioni cliniche del paziente e deve essere correttamente impostato e gestito per soddisfare adeguatamente suo bisogno di continuità delle cure e delle prestazioni.
RAZIONALE	Il trasferimento può essere la risposta al bisogno del paziente di un consulto specialistico e del relativo trattamento, di prestazioni d'urgenza o di servizi meno intensivi come la terapia sub-acuta o la riabilitazione a lungo termine. Il processo di trasferimento definisce usualmente: - le modalità di passaggio delle responsabilità tra professionisti sanitari e tra strutture sanitarie; - i criteri che stabiliscono la necessità del trasferimento per far fronte ai bisogni del paziente; - la figura identificata come responsabile del paziente durante il trasferimento; - i dispositivi e le apparecchiature che servono durante il trasferimento; - come agire nel caso in cui non sia possibile effettuare il trasferimento presso un altro centro di cura.
OBIETTIVI	Quando si invia un paziente presso un'altra organizzazione sanitaria, l'organizzazione inviante deve verificare se l'organizzazione di destinazione fornisce i servizi necessari a soddisfare i bisogni del paziente e se è in grado di accogliere il paziente. Questa decisione viene presa in genere con largo anticipo, tanto che la disponibilità ad accogliere i pazienti e le condizioni di trasferimento sono descritte in accordi e convenzioni formali o informali. La decisione anticipata garantisce la continuità delle cure e il soddisfacimento dei bisogni del paziente. Il trasferimento diretto di un paziente presso un'altra organizzazione sanitaria può essere un processo breve in caso di paziente vigile e collaborante, oppure può anche significare la movimentazione di tipologia di pazienti particolari per cui occorre definire procedure e protocolli specifici. La cartella clinica di ciascun paziente trasferito presso un'altra organizzazione sanitaria contiene la documentazione relativa al trasferimento. Viene inoltre annotato se le condizioni del paziente sono mutate durante il trasferimento. Il processo di invio, trasferimento e/o dimissione del paziente prevede una presa in carico delle necessità del paziente durante il trasporto. Il tipo di trasporto prescelto dipenderà dalle condizioni e dallo stato di salute del paziente. I mezzi di trasporto che sono di proprietà dell'ospedale devono essere in regola con tutte le leggi e le normative che si applicano al loro funzionamento, allestimento e manutenzione. Se l'ospedale ha attivato una convenzione o siglato un contratto per i servizi di trasporto, deve assicurarsi che il contraente o l'appaltatore soddisfi degli standard simili al presente standard per la sicurezza del paziente e del veicolo.

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditalento	Testo Requisiti accreditamento
11	TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE (TDP)			(TDP)				
M	TDP	10 Trasferimento dei pazienti	1	Documenti formalizzati definiscono le modalità del trasferimento dei pazienti (per diagnostica, per prestazioni o per ricovero) presso un'altra organizzazione o professionista sanitario. La procedura di trasferimento deve prevedere: la identificazione dei criteri in cui è necessario un trasferimento, la figura responsabile della valutazione delle condizioni cliniche che condizionano le modalità del trasporto, le figure idonee al trasferimento in sicurezza.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	DGR IX/3572/2012 "DGR N. IX/893 DEL 1 DICEMBRE 2010 "TRASPORTO SANITARIO DA PARTE DI SOGGETTI PRIVATI.AGGIORNAMENTO DGR N. VIII/001743 DEL 18 GENNAIO 2006" – INTERPRETAZIONI E RETTIFICHE" D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008"Manuale della Cartella Clinica II Edizione 2007, Cap.4" DELIBERAZIONE N° IX / 1479/2011 all 1 "Attività di Cure subacute" Raccomandazione n. 11, Gennaio 2010 "MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTI AD UN	OGPCG02 OGPRO05	OGPCG 02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente?
M	TDP	10 Trasferimento dei pazienti	2	La procedura definisce chi è responsabile del paziente e dell'aggiornamento della documentazione clinica durante il trasferimento.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO09 OGPRO11	OGPCG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
M	TDP	10 Trasferimento dei pazienti	3	Il processo definisce le situazioni in cui non è possibile effettuare il trasferimento e le modalità di gestione alternativa del paziente.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO09 OGPRO11	OGPCG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
M	TDP	10.1 Idoneità della struttura ricevente.	1	L'ospedale ha definito accordi di collaborazione documentati con strutture presso le quali trasferisce i pazienti nei casi più frequenti.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02	OGPCG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità?
M	TDP	10.1 Idoneità della struttura ricevente.	2	L'Ospedale ha valutato le diverse tipologie di struttura di riferimento in relazione ai bisogni di continuità assistenziale dei propri pazienti.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02	OGPCG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità?

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accredimento	Testo Requisiti accreditamento
M	TDP	10.2 Lettera di trasferimento	1	Un documento di trasferimento, cioè una relazione contenente le informazioni cliniche, accompagna il paziente.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008"Manuale della Cartella Clinica II Edizione 2007, Cap.4" DGRVIII/9014 20.02. 2009 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE ED AI REQUISITI DI	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO09 OGPRO11	OGPG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisi (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
M	TDP	10.2 Lettera di trasferimento	2	La relazione clinica comprende lo stato di salute del paziente, la motivazione del trasferimento e gli eventuali trattamenti in urgenza / emergenza effettuati in occasione del trasferimento.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO09 OGPRO11	OGPG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisi (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
M	TDP	10.2 Lettera di trasferimento	3	La relazione clinica comprende la motivazione del ricovero presso la struttura inviante, le terapie, le procedure diagnostiche e terapeutiche eseguite durante il ricovero.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO09 OGPRO11 OGPRO03	OGPG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisi (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OGPRO03 - Ogni unità organizzativa predispone di una raccolta di regolamenti interni e linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo) informando il personale sull'esistenza di tali documenti, che devono essere accessibili?
M	TDP	10.2 Lettera di trasferimento	4	Nei reparti di riabilitazione la relazione clinica comprende anche il grado di disabilità, i bisogni di ausili e altre specifiche necessarie.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008"Manuale della Cartella Clinica II Edizione 2007, Cap.4" DGRVIII/9014 20.02. 2009 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE ED AI REQUISITI DI	Req. Tecnologici/Valutativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 47 Req. Tecnologici/Valutativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 48 Req. Tecnologici/Valutativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 48	Req. Tecnologici/Valutativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 47 In relazione all'attività svolta è garantita l'attività di diagnostica e valutativa? Req. Tecnologici/Valutativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 48 In relazione all'attività svolta è garantita: a) l'esecuzione di esami per la valutazione della funzionalità respiratoria b) il monitoraggio dei parametri vitali durante l'esercizio riabilitativo c) la valutazione della capacità di deglutizione d) la valutazione della funzionalità vescico-sfinterica e) la valutazione del circolo arterioso e venoso periferico f) la valutazione dei distretti articolari e muscolo-tendinei g) la valutazione dei disturbi dell'equilibrio e del cammino h) la valutazione della forza muscolare
M	TDP	10.2 Lettera di trasferimento	5	La relazione clinica comprende i bisogni di continuità assistenziale del paziente inclusi i rischi e gli eventi significativi valutati durante il ricovero (ad esempio, allergie, cadute, infezioni, ecc...) la terapia in atto e quella consigliata.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO09 OGPRO11	OGPG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisi (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditalimento	Testo Requisiti accreditamento
M	TDP	10.3 Monitoraggi durante il trasferimento	1	L'ospedale ha definito quali sono i criteri per i quali i pazienti devono essere monitorati durante il trasferimento.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02	OGPG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino <u>il processo assistenziale</u> con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità?
M	TDP	10.3 Monitoraggi durante il trasferimento	2	Il monitoraggio esplicita ogni eventuale cambiamento nelle condizioni o nello stato di salute del paziente durante il trasferimento e gli eventuali interventi fatti. La documentazione viene allegata alla cartella clinica.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO09 OGPRO11	OGPG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino <u>il processo assistenziale</u> con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
M	TDP	10.3 Monitoraggi durante il trasferimento	3	Quando è utilizzato nel trasporto personale della struttura questo risponde ai criteri minimi di qualificazione stabiliti dalle leggi e regolamenti e dalla procedura ospedaliera.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO11 OGPVF01 OGPVF02 OGPVF03 OGPVF06	La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? La Direzione definisce il fabbisogno di personale (in termini numerici per ciascuna professione o qualifica professionale, per posizione funzionale, per qualifica, in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività)? Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente? E' predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile? Nel piano di formazione degli operatori, che ha aggiornamento annuale, sono esplicitati, per ogni intervento formativo, la definizione degli obiettivi di apprendimento e il piano di valutazione del loro raggiungimento?
M	TDP	10.3 Monitoraggi durante il trasferimento	4	Il personale che esegue i trasferimenti è in possesso dei requisiti normativi e delle competenze necessarie in relazione alle condizioni del paziente trasferito.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO11 OGPVF01 OGPVF02 OGPVF03 OGPVF06	OGPCG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OGPVF01 - La Direzione definisce il fabbisogno di personale (in termini numerici per ciascuna professione o qualifica professionale, per posizione funzionale, per qualifica, in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività)? OGPFV02 - Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente? OGPVF03 - E' predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile? OGPVF06 - Nel piano di formazione degli operatori, che ha aggiornamento annuale, sono esplicitati, per ogni intervento formativo, la definizione degli obiettivi di apprendimento e il piano di valutazione del loro raggiungimento?
M	TDP	10.4 Documentazione del processo di trasferimento	1	Nella cartella clinica del paziente trasferito sono riportati il nome dell'organizzazione sanitaria di destinazione e il nome del soggetto con cui è stato concordato il trasferimento.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO09 OGPRO11	OGPG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino <u>il processo assistenziale</u> con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditalimento	Testo Requisiti accreditamento
M	TDP	10.4 Documentazione del processo di trasferimento	2	La cartella clinica del paziente trasferito contiene la documentazione relativa al trasferimento	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO09 OGPRO11	La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino <u>il processo assistenziale</u> con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
M	TDP	10.4 Documentazione del processo di trasferimento	3	La cartella clinica del paziente trasferito riporta il motivo del trasferimento.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO09 OGPRO11	OGPG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino <u>il processo assistenziale</u> con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
M	TDP	10.5 Servizi di trasporto dei pazienti	1	Il servizio di trasporto dei pazienti è verificato dall'organizzazione in modo documentato. E' verificata la rispondenza dei servizi erogati alle norme e regolamentazioni e il mantenimento dei requisiti durante il periodo di affidamento del servizio.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO09 OGPRO11	OGPG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino <u>il processo assistenziale</u> con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
M	TDP	10.5 Servizi di trasporto dei pazienti	2	L'ospedale dispone di report di controllo e verifica che i trasporti avvengano conformemente alla procedura e rispondono alle necessità dei pazienti per i quali sono stati disposti.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO11	OGPG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino <u>il processo assistenziale</u> con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
M	TDP	10.5 Servizi di trasporto dei pazienti	3	Il responsabile della verifica dei servizi di trasporto dispone di un report di regolare ispezione e manutenzione dei mezzi sia di soggetti terzi cui è affidato il servizio che dei mezzi dell'ospedale stesso e trasmette periodicamente all'organizzazione gli esiti delle verifiche.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO11 OGTEC06 OGTEC07 OGTEC08 OGTEC09	OGPCG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino <u>il processo assistenziale</u> con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OGTEC06 - Esiste l'atto di nomina o il contratto di uno o più Responsabili delle risorse tecnologiche? OGTEC07 - Esiste un documento, in cui vengono comunicati al/i Responsabile/i le attività di cui risponde (vale a dire il controllo, l'installazione, la gestione, la manutenzione ordinaria e straordinaria di impianti e attrezzature), con allegato documento che attesti l'avvenuta comunicazione al responsabile? OGTEC08 - Esiste una circolare informativa diretta al personale, con l'indicazione dei responsabili delle risorse tecnologiche e dei compiti loro assegnati? OGTEC09 - Dall'inventario delle attrezzature utilizzate/funzionanti, risulta, per ciascuna attrezzatura, l'appartenenza al centro di responsabilità?

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditalimento	Testo Requisiti accreditalimento
M	TDP	10.5 Servizi di trasporto dei pazienti	4	Gli autisti sono sottoposti alle verifiche e controlli di idoneità psico-fisica e sono in possesso delle licenze necessarie.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO11 OGPVF01 OGPVF02 OGPVF03 OGPVF06	La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? La Direzione definisce il fabbisogno di personale (in termini numerici per ciascuna professione o qualifica professionale, per posizione funzionale, per qualifica, in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività)? Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente? E' predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile? Nel piano di formazione degli operatori, che ha aggiornamento annuale, sono esplicitati, per ogni intervento formativo, la definizione degli obiettivi di apprendimento e il piano di valutazione del loro raggiungimento?
M	TDP	10.5 Servizi di trasporto dei pazienti	5	Il personale sanitario che esegue i trasferimenti risponde ai criteri minimi di qualificazione stabiliti dalle leggi e regolamenti e dalla procedura ospedaliera;	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO11 OGPVF01 OGPVF02 OGPVF03 OGPVF06	OGPCG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OGPVF01 - La Direzione definisce il fabbisogno di personale (in termini numerici per ciascuna professione o qualifica professionale, per posizione funzionale, per qualifica, in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività)? OGPVF02 - Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente? OGPVF03 - E' predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile? OGPVF06 - Nel piano di formazione degli operatori, che ha aggiornamento annuale, sono esplicitati, per ogni intervento formativo, la definizione degli obiettivi di apprendimento e il piano di valutazione del loro raggiungimento?
M	TDP	10.5 Servizi di trasporto dei pazienti	6	I servizi di trasporto prevedono specifiche azioni di prevenzione delle infezioni e di gestione sicura dei farmaci.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO09 OGPRO11	OGPG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?

TITOLO	EDUCAZIONE DEI PAZIENTI E FAMIGLIARI (EPF)
INTRODUZIONE	L'educazione sanitaria rivolta al paziente e ai familiari li aiuta a partecipare attivamente al processo di cura e a prendere decisioni più consapevoli. Gli operatori sanitari tendono a parlare ai pazienti delle loro malattie piuttosto che ad addestrarli nella gestione del quotidiano; l'educazione terapeutica del paziente è pertanto designata a questo compito, ossia all'addestramento del paziente nelle abilità di auto-gestione o adattamento del trattamento alla sua particolare situazione di salute; deve anche contribuire a ridurre i costi dell'assistenza a lungo termine sia per i pazienti che per la società.
RAZIONALE	L'educazione terapeutica è affidata ad operatori sanitari a loro volta formati sulla materia ed è destinata a far sì che il paziente (e/o i familiari) diventi capace di gestire il trattamento delle proprie malattie e di prevenire le complicanze evitabili, mantenendo o migliorando la qualità della propria vita. Il suo scopo principale quindi è di produrre un effetto terapeutico che vada ad assommarsi a quelli di altri interventi (farmacologici, di terapia fisica, ecc.). L'educazione ha luogo nel momento in cui il paziente e i suoi familiari interagiscono con gli operatori sanitari che li hanno in carico; dato che diverse figure contribuiscono a educare il paziente e i familiari, è importante che le loro attività siano coordinate e incentrate sui bisogni effettivi di apprendimento del paziente e della sua famiglia. Un'educazione sanitaria efficace comincia dalla valutazione dei bisogni di apprendimento e sulla base dei risultati ottenuti vengono individuati migliori mezzi e le adeguate strategie informative e comunicative atte a rispondere alle necessità educative.
OBIETTIVI	I requisiti individuati dalla presente Area della Check-list di Autovalutazione Regionale sono coerenti con gli ambiti essenziali del processo educativo di seguito riportati; tali criteri rispondono infatti alla necessità che l'educazione terapeutica riguardi la vita quotidiana del paziente (educazione sugli stili di vita sani, sull'aderenza alle terapie prescritte e sui potenziali rischi di eventi avversi) e il suo ambiente psico-sociale, coinvolga quanto più possibile la sua famiglia e sia considerata come un processo continuo e in costante adattamento: • addestramento del paziente e del caregiver • utilizzo sicuro ed efficace delle apparecchiature elettromedicali • prevenzione delle interazioni tra farmaci prescritti e altri farmaci (compresi quelli da banco) e gli alimenti • dieta e nutrizione appropriata • gestione del dolore • obiettivi, scopi ed interventi relativi al Progetto Riabilitativo Individuale • utilizzo corretto, sicuro ed efficace di presidi e ausili

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditazione	Testo Requisiti accreditamento
12	EDUCAZIONE DEI PAZIENTI E FAMILIARI (EPF)			(EPF)				
N	EPF	11 Valutazione del fabbisogno educativo di ciascun paziente e registrazione.	1	L'organizzazione valuta i fabbisogni educativi del paziente e dei familiari e li registra nella documentazione clinica a cura degli operatori sanitari coinvolti.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Organizzazione Mondiale della Sanità - Ufficio Regionale per l'Europa - Copenhagen: Educazione terapeutica del paziente. Programmi di formazione continua per operatori sanitari nel campo della prevenzione delle patologie croniche, 1998	OGPRO14*	OGPRO14* Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?
N	EPF	11 Valutazione del fabbisogno educativo di ciascun paziente e registrazione.	2	Nei ricoveri riabilitativi: l'organizzazione valuta, in accordo con le valutazioni del PRI, i fabbisogni educativi del paziente e dei familiari e li registra, a cura di tutti gli operatori sanitari, nella documentazione clinica.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Deliberazione N° X / 1520 Seduta del 20/03/2014 Determinazione in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative. (Richiesta di parere della commissione) Deliberazione N° X / 1980 Seduta del 20/06/2014 Determinazioni in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative (a seguito di parere della commissione consiliare).	OGPRO14* REQUISITI ORGANIZZATIVI RIAB DGR 1980 REQ 60 REQUISITI ORGANIZZATIVI RIAB DGR 1980 REQ 61	OGPRO14* Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica? REQUISITI ORGANIZZATIVI RIAB DGR 1980 REQ 60 E' stato predisposto e inserito in cartella clinica, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale(P.R.I.), con i relativi programmi riabilitativi individuali (p.r.i.)? REQUISITI ORGANIZZATIVI RIAB DGR 1980 REQ 61 Il P.R.I. e p.r.i. sono aggiornati periodicamente nel corso degli episodi di cura?
N	EPF	11 Valutazione del fabbisogno educativo di ciascun paziente e registrazione.	3	L'organizzazione definisce gli obiettivi educazionali e li documenta in cartella.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	.NORME ISO 9001: 2000/2008 Deliberazione N° X / 1520 Seduta del 20/03/2014 Determinazione in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative. (Richiesta di parere della commissione) Deliberazione N° X / 1980 Seduta del 20/06/2014 Determinazioni in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative (a seguito di parere della commissione consiliare).	OGPRO14*	OGPRO14* Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?
N	EPF	11 Valutazione del fabbisogno educativo di ciascun paziente e registrazione.	4	L'avvenuta informazione ai fini educazionali è registrata nella documentazione sanitaria.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO14*	OGPRO14* Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accredittamento	Testo Requisiti accreditamento
N	EPF	11.1 Ambiti essenziali del processo educativo	1	L'organizzazione ha definito gli ambiti, le modalità di coinvolgimento e addestramento dei pazienti e dei "care giver".	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	Organizzazione Mondiale della Sanità - Ufficio Regionale per l'Europa - Copenhagen: Educazione terapeutica del paziente. Programmi di formazione continua per operatori sanitari nel campo della prevenzione delle patologie croniche, 1998 NORME ISO 9001: 2000/2008		
N	EPF	11.1 Ambiti essenziali del processo educativo	2	Ove previsto e necessario i pazienti e i familiari sono istruiti sull'utilizzo sicuro ed efficace delle apparecchiature medicali.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Organizzazione Mondiale della Sanità - Ufficio Regionale per l'Europa - Copenhagen: Educazione terapeutica del paziente. Programmi di formazione continua per operatori sanitari nel campo della prevenzione delle patologie croniche, 1998 NORME ISO 9001: 2000/2008		
N	EPF	11.1 Ambiti essenziali del processo educativo	3	Ove previsto e necessario i pazienti e i familiari sono istruiti sulla prevenzione delle interazioni tra i farmaci prescritti e altri farmaci (compresi i medicinali da banco) e gli alimenti.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	NORME ISO 9001: 2000/2008		
N	EPF	11.1 Ambiti essenziali del processo educativo	4	Ove previsto e necessario i pazienti e i familiari sono istruiti sulla dieta e la nutrizione appropriate.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Deliberazione N° X / 1520 Seduta del 20/03/2014 Determinazione in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative. (Richiesta di parere della commissione) Deliberazione N° X / 1980 Seduta del 20/06/2014 Determinazioni in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative (a seguito di parere della commissione consiliare).	REQUISITI ORGANIZZATIVI RIAB DGR 1980 REQ 65 REQUISITI ORGANIZZATIVI RIAB DGR 1980 REQ 66	REQUISITI ORGANIZZATIVI RIAB DGR 1980 REQ 65 E' garantita in relazione all'attività svolta, la consulenza dei seguenti specialisti(ove non siano già presenti le specializzazioni per i medici di U.O.): neurologo o neurofisiopatologo, internista, dietologo- nutrizionista, urologo, anestesista- rianimatore, cardiologo, pneumologo, neurochirurgo, ortopedico, oculista, otorinolaringoiatra, foniatra, infettivologo, psichiatra, chirurgo? REQUISITI ORGANIZZATIVI RIAB DGR 1980 REQ 66 E' garantita la possibilità di personalizzare la dieta del paziente
N	EPF	11.1 Ambiti essenziali del processo educativo	5	Ove previsto e necessario i pazienti e i familiari sono istruiti sulla gestione del dolore.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore "NORMATIVA SULL'OSPEDALE SENZA DOLORE GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie Generale - n. 149 del 29-06-2001	REQUISITI ORGANIZZATIVI RIAB DGR 1980 REQ 65	REQUISITI ORGANIZZATIVI RIAB DGR 1980 REQ 65 E' garantita in relazione all'attività svolta, la consulenza dei seguenti specialisti(ove non siano già presenti le specializzazioni per i medici di U.O.): neurologo o neurofisiopatologo, internista, dietologo- nutrizionista, urologo, anestesista- rianimatore, cardiologo, pneumologo, neurochirurgo, ortopedico, oculista, otorinolaringoiatra, foniatra

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditazione	Testo Requisiti accreditamento
N	EPF	11.1 Ambiti essenziali del processo educativo	6	I pazienti e i soggetti da questi individuati sono istruiti sulle finalità del processo riabilitativo, i contenuti del Progetto Riabilitativo Individuale ,sui relativi programmi riabilitativi individuali e sulle tecniche riabilitative adottate.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Deliberazione N° X / 1520 Seduta del 20/03/2014 Determinazione in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative. (Richiesta di parere della commissione) Deliberazione N° X / 1980 Seduta del 20/06/2014 Determinazioni in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative (a seguito di parere della commissione consiliare). Organizzazione Mondiale della Sanità - Ufficio Regionale per l'Europa – Copenhagen: Educazione terapeutica del paziente. Programmi di formazione continua per operatori sanitari nel campo della prevenzione delle patologie croniche, 1998	REQUISITI ORGANIZZATIVI RIAB DGR 1980 REQ 60	REQUISITI ORGANIZZATIVI RIAB DGR 1980 REQ 60 E' stato predisposto e inserito in cartella clinica, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale(P.R.I.), con i relativi programmi riabilitativi individuali p.r.i.
N	EPF	11.1 Ambiti essenziali del processo educativo	7	Ove previsto e necessario i pazienti e i soggetti da questi individuati e/o che li assistono sono istruiti ed addestrati all'utilizzo sicuro, corretto ed efficace di ausili e presidi.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile			

TITOLO	AREA DIMISSIONE (DIM)
INTRODUZIONE	La dimissione (dall'ospedale al territorio, a domicilio o in altre strutture, ma anche il passaggio da un reparto all'altro) è un momento critico nel percorso di qualunque paziente: vengono a modificarsi i regimi di cura, cambiano i contesti e gli operatori sanitari, l'intensità e la tipologia di interventi. E' un momento cruciale sia per il paziente sia per chi lo accoglie. La preparazione alla dimissione è responsabilità del medico e dell'infermiere, che devono dare al paziente e a chi lo assiste le informazioni necessarie per assumere le terapie, riconoscere le complicanze, affrontare (o evitare) i principali problemi. Non va dimenticata, accanto al bisogno di servizi medici e/o di sostegno dopo la dimissione, la necessità di supporto sociale, nutrizionale, economico o psicologico. Si costituisce un percorso al quale il paziente ha diritto e nel quale deve essere coinvolto ed accompagnato.
RAZIONALE	La continuità dell'assistenza è pertanto un tema imprescindibile, di forte impatto ed attualità sui sistemi socio-sanitari evoluti, per la loro caratteristica di alta specializzazione di risposta al bisogno. Coordinare e integrare tra loro le risorse disponibili è indispensabile per un utilizzo razionale delle risorse ma soprattutto per creare una coerenza tra i bisogni e le risorse più appropriate a soddisfarli. E' necessaria una politica ospedaliera che garantisca che la continuità dei bisogni del paziente sia soddisfatta da professionisti sanitari idonei o da soggetti esterni appropriati.
OBIETTIVI	L'intento principale è far sì che sia garantita la continuità di risposta rispetto ai bisogni del paziente, sia che ci si limiti alla comunicazione con il medico di famiglia affinché possa proseguire con la cura più appropriata e programmare eventuali controlli e approfondimenti, sia che si proceda all'invio presso altre strutture o servizi sul territorio. La pianificazione dei bisogni di continuità deve iniziare il più presto possibile già durante il processo di cura, anche identificando criteri specifici. Istruzioni precise su dove e come ricevere assistenza continuativa sono essenziali per garantire risultati di cura ottimali e il soddisfacimento di tutti i bisogni sanitari. Le istruzioni, fornite in maniera semplice e comprensibile, indicano il nome e l'indirizzo dei centri dove proseguire il trattamento, l'eventuale ritorno presso l'ospedale per il follow-up e i casi in cui richiedere cure urgenti. I familiari sono inclusi nel processo in particolare quando le condizioni o la capacità del paziente impediscono la comprensione delle istruzioni di follow-up o qualora siano chiamati a svolgere un ruolo nel processo di continuità assistenziale. Le istruzioni sono date per iscritto o comunque nella forma più comprensibile per il paziente.

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditemento	Testo Requisiti accreditamento
13	DIMISSIONI (DIM)			(DIM)				
○	DIM	12. Dimissione appropriata del paziente	1	L'ospedale dispone di una procedura che guida il processo di dimissione del paziente che prevede: la tempestiva pianificazione della stessa, l'individuazione dei bisogni di continuità assistenziale del paziente, l'individuazione del percorso più appropriato e delle strutture idonee a garantire continuità delle cure.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008 "Manuale della Cartella Clinica II Edizione 2007, Cap.4" DGR IX/1962/2011 All.1	OGPRO02 OSACA11 OSDHO06 OGPRO11 OSDEP04 OSACA07 OSDMM07	OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indicino il <u>processo assistenziale</u> con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OSACA11 - Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza nell'ambito della macroattività, e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto dell'Attività Ambulatoriale ad alta Integrazione e OSDHO06 - Complessità con gli altri servizi della struttura; rapporti con il MMG? All'atto della dimissione è consegnata al paziente una breve relazione clinica destinata al medico curante? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OSDEP04 - E' predisposta una lettera di dimissione del paziente da inviare al medico di medicina generale, che garantisca un collegamento con lo stesso? OSACA07 - Al termine dell'iter diagnostico/dei cicli di cura viene consegnato al paziente un referto/relazione per il medico di medicina generale, che contenga almeno: una chiara descrizione del trattamento, della diagnosi e della procedura effettuata; i consigli terapeutici; la programmazione del controllo successivo; chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza? In caso di attività ambulatoriale complessa oncologica viene consegnata al paziente una breve relazione su quanto effettuato ed eventuali consigli sulle possibili complicanze? OSDMM07 Per ogni bambino che viene dimesso, è predisposta la lettera di dimissione per il Pediatra di libera scelta o il medico di Medicina Generale, che deve essere consegnata ai genitori?
○	DIM	12. Dimissione appropriata del paziente	2	Prima della dimissione o del trasferimento viene determinata l'idoneità del paziente alla dimissione e/o al trasferimento in base allo stato di salute, alle necessità di trattamento, alle garanzie di sicurezza e sono rilevati i bisogni di continuità assistenziale	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/finale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008 "Manuale della Cartella Clinica II Edizione 2007, Cap.4"	OGPCG02 OGPRO02 OSACA11 OGPRO11 OSACA07	OGPCG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indicino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OSACA11 - Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza nell'ambito della macroattività, e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto dell'Attività Ambulatoriale ad alta Integrazione e OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OSACA07 - Al termine dell'iter diagnostico/dei cicli di cura viene consegnato al paziente un referto/relazione per il medico di medicina generale, che contenga almeno: una chiara descrizione del trattamento, della diagnosi e della procedura effettuata; i consigli terapeutici; la programmazione del controllo successivo; chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza? In caso di attività ambulatoriale complessa oncologica viene consegnata al paziente una breve relazione su quanto effettuato ed eventuali consigli sulle possibili complicanze?
○	DIM	12. Dimissione appropriata del paziente	3	Nei reparti di riabilitazione prima della dimissione o del trasferimento viene determinata l'idoneità del paziente alla dimissione e/o al trasferimento in base allo stato di salute, alle variazioni del grado di autonomia misurato con scale di valutazione validate, al raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel PRI, alle necessità di trattamento, alle garanzie di sicurezza e sono rilevati i bisogni di continuità assistenziale.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/finale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008 "Manuale della Cartella Clinica II Edizione 2007, Cap.4" DGRVIII/9014 20.02. 2009 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE ED AI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO" all. 3 "Piano d'indirizzo per la Riabilitazione" 10.02.2011 Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano	OSACA11 OSDHO06 Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 58 Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 59	OSACA11 - Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza nell'ambito della macroattività, e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto dell'Attività Ambulatoriale ad alta Integrazione e OSDHO06 - Complessità con gli altri servizi della struttura; rapporti con il MMG? Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 58 Il P.R.S. prevede procedure informative a garanzia della continuità assistenziale che tutelano il paziente nelle fasi di trasferimento da e verso la Unità Operativa? Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 59 Il Progetto Riabilitativo di Struttura prevede che siano declinate nel Progetto Riabilitativo Individuale procedure di monitoraggio dell'outcome del paziente per almeno 6 mesi dopo la dimissione per almeno il 50% dei pazienti dimessi?
○	DIM	12. Dimissione appropriata del paziente	4	Il paziente ed i caregiver sono coinvolti fin dall'inizio del percorso di cura nella pianificazione delle dimissioni o trasferimento.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/finale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO02 OGPRO05 OSACA11 OGPRO11 OSDEP04 OSACA07 OSDMM07	OGPCG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OSDEP04 - E' predisposta una lettera di dimissione del paziente da inviare al medico di medicina generale, che garantisca un collegamento con lo stesso? OSACA07 - Al termine dell'iter diagnostico/dei cicli di cura viene consegnato al paziente un referto/relazione per il medico di medicina generale, che contenga almeno: una chiara descrizione del trattamento, della diagnosi e della procedura effettuata; i consigli terapeutici; la programmazione del controllo successivo; chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza? In caso di attività ambulatoriale complessa oncologica viene consegnata al paziente una breve relazione su quanto effettuato ed eventuali consigli sulle possibili complicanze? OSDMM07 Per ogni bambino che viene dimesso, è predisposta la lettera di dimissione per il

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accredittamento	Testo Requisiti accreditamento
O	DIM	12. Dimissione appropriata del paziente	5	Esiste una procedura che regola le assenze per brevi periodi durante il ricovero (permessi).	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO11	La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indicino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
O	DIM	12.1 Rete territoriale	1	La pianificazione della dimissione prende in considerazione i bisogni di continuità clinica e l'eventuale identificazione di servizi e strutture appropriate cui indirizzare il paziente.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ripete	OSACA11 OSDHO06 OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO11	OSACA11 - Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza nell'ambito della macroattività, e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto dell'Attività Ambulatoriale ad alta integrazione e complessità con gli altri servizi della struttura; rapporti con il MMG? OSDHO06 - All'atto della dimissione è consegnata al paziente una breve relazione clinica destinata al medico curante? OGPCG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indicino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
O	DIM	12.1 Rete territoriale	2	L'ospedale ha identificato le strutture erogatrici di riferimento per i differenti bisogni clinici, assistenziali, di supporto sociale e di sostegno necessari presenti nel proprio bacino di utenza o nelle principali aree di provenienza. Per ogni struttura identificata sono disponibili le seguenti informazioni: - il referente con cui comunicare - le tipologie del servizio offerto, - la capacità di offerta, - le modalità di comunicazione per l'attivazione dei servizi e/o trasferimento	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	ripete	OSDH07 OSDSU08	OSDH07 Al momento della dimissione, viene comunicato al paziente, per iscritto il recapito del medico della struttura presso la quale ha avuto luogo il ricovero, a cui potrà rivolgersi in caso di necessità? OSDSU08 Al momento della dimissione, viene comunicato al paziente, per iscritto il recapito del medico della struttura presso la quale ha avuto luogo il ricovero, al quale potrà rivolgersi in caso di necessità?
O	DIM	12.1 Rete territoriale	3	L'ospedale ha identificato al proprio interno la figura responsabile della comunicazione con le strutture identificate.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ripete	OGPCG02 OGPRO05 OGPRO02 OGPRO11	OGPCG02 - La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)? OGPRO05 - Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indicino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
O	DIM	12.2 Lettera di dimissione	1	I contenuti della lettera sono definiti in un documento aziendale ed includono le informazioni essenziali indicate dalla normativa di riferimento.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008 "Manuale della Cartella Clinica II Edizione 2007, Cap.4" DGRVIII/9014 20.02. 2009 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE ED AI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO" all. 3 DGR IX/621/2010	OSDHO06 OSDEP04 OGPRO11	OSDHO06 All'atto della dimissione è consegnata al paziente una breve relazione clinica destinata al medico curante? OSDEP04 E' predisposta una lettera di dimissione del paziente da inviare al medico di medicina generale, che garantisca un collegamento con lo stesso? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?
O	DIM	12.2 Lettera di dimissione	2	Alla dimissione dei pazienti è redatta una lettera di dimissione coerente con i contenuti definiti.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008 "Manuale della Cartella Clinica II Edizione 2007, Cap.4" DGRVIII/9014 20.02. 2009 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE ED AI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO" all. 3 DGR IX/621/2010 DGR VIII/10804/2009 Allegato 9 Requisiti autorizzativi della "macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale" DGR IX/1962/2011 All.1	BOCA OSACH12 MAC OSACA07 OSDMM07 OGPRO11	BOCA OSACH12 Al termine dell'intervento viene consegnato al paziente un referto/relazione per il medico di medicina generale, che contenga almeno: una chiara descrizione del tipo di anestesia utilizzata, dell'eventuale diagnosi e della procedura effettuata; i consigli terapeutici; la segnalazione dell'esecuzione o meno dell'esame istologico; la programmazione del controllo successivo; chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza? MAC OSACA07 Al termine dell'iter diagnostico/dei cicli di cura viene consegnato al paziente un referto/relazione per il medico di medicina generale, che contenga almeno: una chiara descrizione del trattamento, della diagnosi e della procedura effettuata; i consigli terapeutici; la programmazione del controllo successivo; chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza? OSDMM07 Per ogni bambino che viene dimesso, è predisposta la lettera di dimissione per il Pediatra di libera scelta o il medico di Medicina Generale, che deve essere consegnata ai genitori? OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure,

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accredittamento	Testo Requisiti accreditamento
O	DIM	12.2 Lettera di dimissione	3	Nei reparti riabilitativi la lettera di dimissione riporta anche le modalità di valutazione della disabilità all'ingresso, le scale e gli strumenti di valutazione utilizzati, il grado di autonomia all'ingresso e alla dimissione, la sintesi del PRI e dei pri condotti nel corso del ricovero, indicazioni sui bisogni assistenziali infermieristici, indicazioni relative ai bisogni di ausili e al loro utilizzo e indicazioni per il follow up.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	ripete	Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 58 Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014)	Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 58 Il P.R.S. prevede procedure informative a garanzia della continuità assistenziale che tutelano il paziente nelle fasi di trasferimento da e verso la Unità Operativa? Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 59 Il Progetto Riabilitativo di Struttura prevede che siano declinate nel Progetto Riabilitativo Individuale procedure di monitoraggio dell'outcome del paziente per almeno 6 mesi dopo la dimissione per almeno il 50% dei pazienti dimessi?
O	DIM	12.2 Lettera di dimissione	4	La lettera di dimissione è resa disponibile al sistema informativo regionale (FSE).	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Legge regionale n. 18 del 31 luglio 2007, all'art. 1 Decreto Legge 179 del 18 ottobre 2012 art. 12 convertito dalla Legge 17 dicembre 2012, n. 221	OGSIN01 OGSIN 04	OGSIN 01 - 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 della azienda; fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza; rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati? OGSIN04 - Esiste un documento di descrizione del sistema informativo, nel quale si attesti la compatibilità dello stesso con il Sistema Informativo Sanitario della Regione Lombardia?
O	DIM	12.2 Lettera di dimissione	5	Una copia della lettera di dimissione è consegnata al paziente. Una copia rimane archiviata nella cartella clinica.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008"Manuale della Cartella Clinica II Edizione 2007, Cap.4"	OSACA11 OSDHO06 OGPRO11 OSDEP04 OSACA07 OSDMM07 OGPRO09	OSACA 11 - Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza nell'ambito della macroattività, e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto dell'Attività Ambulatoriale ad alta integrazione e Complessità con gli altri servizi della struttura; rapporti con il MMG? OSDHO06 - All'atto della dimissione è consegnata al paziente una breve relazione clinica destinata al medico curante? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OSDEP04 - E' predisposta una lettera di dimissione del paziente da inviare al medico di medicina generale, che garantisca un collegamento con lo stesso? OSACA07 - Al termine dell'iter diagnostico/dei cicli di cura viene consegnato al paziente un referto/relazione per il medico di medicina generale, che contenga almeno: una chiara descrizione del trattamento, della diagnosi e della procedura effettuata; i consigli terapeutici; la programmazione del controllo successivo; chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza? In caso di attività ambulatoriale complessa oncologica viene consegnata al paziente una breve relazione su quanto effettuato ed eventuali consigli sulle possibili complicanze? OSDMM07 - Per ogni bambino che viene dimesso, è predisposta la lettera di dimissione per il Pediatra di libera scelta o il medico di Medicina Generale, che deve essere consegnata ai genitori?
O	DIM	12.2 Lettera di dimissione	6	In caso di decesso del paziente nella cartella clinica devono essere presenti tutte le informazioni rispetto agli interventi condotti e registrati dai professionisti intervenuti.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	ripete	OSACA11 OSDHO06 OGPRO11 OSDEP04 OSACA07 OSDMM07 OGPRO09	OSACA11 - Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza nell'ambito della macroattività, e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto dell'Attività Ambulatoriale ad alta integrazione e Complessità con gli altri servizi della struttura; rapporti con il MMG? OSDHO06 - All'atto della dimissione è consegnata al paziente una breve relazione clinica destinata al medico curante? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OSDEP04 - E' predisposta una lettera di dimissione del paziente da inviare al medico di medicina generale, che garantisca un collegamento con lo stesso? OSACA07 - Al termine dell'iter diagnostico/dei cicli di cura viene consegnato al paziente un referto/relazione per il medico di medicina generale, che contenga almeno: una chiara descrizione del trattamento, della diagnosi e della procedura effettuata; i consigli terapeutici; la programmazione del controllo successivo; chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza? In caso di attività ambulatoriale complessa oncologica viene consegnata al paziente una breve relazione su quanto effettuato ed eventuali consigli sulle possibili complicanze? OSDMM07 - Per ogni bambino che viene dimesso, è predisposta la lettera di dimissione per il Pediatra di libera scelta o il medico di Medicina Generale, che deve essere consegnata ai genitori? OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria?

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accredittamento	Testo Requisiti accreditamento
○	DIM	12.3 Istruzioni per il follow up	1	Per ogni paziente sono identificate le necessità per il follow up e sono comunicate nella lettera di dimissione.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008 "Manuale della Cartella Clinica II Edizione 2007, Cap.4" DGRVIII/9014 20.02. 2009 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE ED AI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO" all. 3 DGR IX/621/2010	OGPRO02 OSACA11 OSDHO06 OGPRO11 OSDEP04 OSACA07 OSDMM07	OGPRO02 - Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indicano il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità? OSACA11 - Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza nell'ambito della macroattività, e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto dell'Attività Ambulatoriale ad alta integrazione e Complessità con gli altri servizi della struttura; rapporti con il MMG? OSDHO06 - All'atto della dimissione è consegnata al paziente una breve relazione clinica destinata al medico curante? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OSDEP04 - E' predisposta una lettera di dimissione del paziente da inviare al medico di medicina generale, che garantisca un collegamento con lo stesso? OSACA07 - Al termine dell'iter diagnostico/dei cicli di cura viene consegnato al paziente un referto/relazione per il medico di medicina generale, che contenga almeno: una chiara descrizione del trattamento, della diagnosi e della procedura effettuata; i consigli terapeutici; la programmazione del controllo successivo; chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza? In caso di attività ambulatoriale complessa oncologica viene consegnata al paziente una breve relazione su quanto effettuato ed eventuali consigli sulle possibili complicanze? OSDMM07 - Per ogni bambino che viene dimesso, è predisposta la lettera di dimissione per il
○	DIM	12.3 Istruzioni per il follow up	2	Nei reparti riabilitativi le informazioni comprendono: 1) le indicazioni relative ai bisogni di ausili (la loro prescrizione secondo normativa, le informazioni per il loro corretto utilizzo); 2) le indicazioni relative alla prosecuzione del PRI e pri in altro regime di cura.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	ripete	Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014); Req. 47 Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014)	Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014); Req. 47 Req. Organizzativi Riabilitazione (DGR X/1980 del 20 giugno 2014) Req. 59 Il Progetto Riabilitativo di Struttura prevede che siano declinate nel Progetto Riabilitativo Individuale procedure di monitoraggio dell'outcome del paziente per almeno 6 mesi dopo la dimissione per almeno il 50% dei pazienti dimessi?
○	DIM	12.3 Istruzioni per il follow up	3	Nelle informazioni o istruzioni sono chiaramente individuate le situazioni nelle quali il paziente deve rivolgersi nuovamente ai sanitari che lo hanno avuto in cura e/o richiedono cure urgenti.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008 "Manuale della Cartella Clinica II Edizione 2007, Cap.4" DGRVIII/9014 20.02. 2009 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE ED AI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO" all. 3 DGR IX/621/2010	OSACA11 OSDHO06 OGPRO11 OSDEP04 OSACA07 OSDMM07	OSACA11 - Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza nell'ambito della macroattività, e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto dell'Attività Ambulatoriale ad alta integrazione e Complessità con gli altri servizi della struttura; rapporti con il MMG? OSDHO06 - All'atto della dimissione è consegnata al paziente una breve relazione clinica destinata al medico curante? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OSDEP04 - E' predisposta una lettera di dimissione del paziente da inviare al medico di medicina generale, che garantisca un collegamento con lo stesso? OSACA07 - Al termine dell'iter diagnostico/dei cicli di cura viene consegnato al paziente un referto/relazione per il medico di medicina generale, che contenga almeno: una chiara descrizione del trattamento, della diagnosi e della procedura effettuata; i consigli terapeutici; la programmazione del controllo successivo; chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza? In caso di attività ambulatoriale complessa oncologica viene consegnata al paziente una breve relazione su quanto effettuato ed eventuali consigli sulle possibili complicanze? OSDMM07 - Per ogni bambino che viene dimesso, è predisposta la lettera di dimissione per il Pediatra di libera scelta o il medico di Medicina Generale, che deve essere consegnata ai genitori?
○	DIM	12.3 Istruzioni per il follow up	4	Le istruzioni e le informazioni sono redatte in un linguaggio comprensibile e sono comunicate al paziente ed ai care giver.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	ripete	OSACA11 OSDHO06 OGPRO11 OSDEP04 OSACA07 OSDMM07	OSACA11 - Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza nell'ambito della macroattività, e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto dell'Attività Ambulatoriale ad alta integrazione e Complessità con gli altri servizi della struttura; rapporti con il MMG? OSDHO06 - All'atto della dimissione è consegnata al paziente una breve relazione clinica destinata al medico curante? OGPRO11 - Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OSDEP04 - E' predisposta una lettera di dimissione del paziente da inviare al medico di medicina generale, che garantisca un collegamento con lo stesso? OSACA07 - Al termine dell'iter diagnostico/dei cicli di cura viene consegnato al paziente un referto/relazione per il medico di medicina generale, che contenga almeno: una chiara descrizione del trattamento, della diagnosi e della procedura effettuata; i consigli terapeutici; la programmazione del controllo successivo; chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza? In caso di attività ambulatoriale complessa oncologica viene consegnata al paziente una breve relazione su quanto effettuato ed eventuali consigli sulle possibili complicanze? OSDMM07 - Per ogni bambino che viene dimesso, è predisposta la lettera di dimissione per il Pediatra di libera scelta o il medico di Medicina Generale, che deve essere consegnata ai genitori?

TITOLO	Documentazione clinica e riabilitativa (DCR)
INTRODUZIONE	L'esigenza di affidare alla forma scritta le attività realizzate non assolve più soltanto alla funzione di facilitare la trasmissione di dati tra professionisti diversi, a vario titolo coinvolti nell'assistenza di un soggetto, o come pro-memoria per il singolo Operatore Sanitario che assista con continuità un paziente, ma ha sempre più a che vedere con la possibilità di giustificare, dimostrare, controllare, conservare, ritrovare, perché "nulla di sociale esiste al di fuori del testo". Sia che si tratti di ricoveri, visite ambulatoriali, esami di laboratorio e strumentali, prestazioni infermieristiche, riabilitative, la documentazione sanitaria che testimonia eventi, attività e valutazioni che si verificano o vengono svolte durante i processi di assistenza costituiscono un bene di straordinaria importanza sul piano clinico, scientifico, didattico oltre che giuridico sia per il cittadino sia per la tutela dell'operato professionale.
RAZIONALE	La documentazione sanitaria costituisce lo strumento per raccogliere le informazioni attinenti ad ogni singolo paziente/utente, finalizzate alla formulazione di decisioni cliniche e assistenziali. E' uno strumento multiprofessionale e multidisciplinare che permette ai vari professionisti di documentare e rendere comprensibile (osservabile, misurabile, evidente) il processo di presa in carico della persona nel percorso terapeutico e socio-riabilitativo. Le finalità dello strumento sono: - fornire una base informativa per effettuare scelte razionali, documentando il quadro clinico ed il percorso diagnostico - terapeutico, i risultati conseguiti ed il processo logico sotteso alle decisioni. - facilitare l'integrazione di competenze multiprofessionali nel processo diagnostico-terapeutico e socio-riabilitativo. - costituire una fonte informativa per studi valutativi dell'attività assistenziale e per esigenze amministrative e gestionali. - consentire la tracciabilità, per le diverse attività svolte, di responsabilità delle azioni e cronologia delle stesse.
OBIETTIVI	L'obiettivo primario di questi item è quello di regolamentare una corretta gestione della documentazione sanitaria, indipendentemente dal supporto (cartaceo o informatico) sulla base di dati aggiornati e puntuali. Un controllo efficace del processo di gestione della documentazione contribuisce ad integrare e dare coerenza alle decisioni dei molteplici attori coinvolti nei

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditazione	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
14	DOCUMENTAZIONE CLINICO-RIABILITATIVA (DCR)			(DCR)					6.8.1	Definizione PDTA aziendale in base a criteri di priorità	Organizzazione
P	DCR	13 Cartella clinica del paziente	1	Esiste una procedura aziendale che definisce i contenuti della cartella clinica, i criteri per la sua compilazione corretta e completa, quali operatori siano autorizzati a compilarla e ad accedervi, le modalità di conservazione ed accesso durante l'attività clinica e a conclusione della stessa.	0 Non documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008 "Manuale della Cartella Clinica II Edizione 2007 DGR VIII/9014 20.02. 2009 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE ED AI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO" all. 3 DGR IX/621/2010 DELIBERAZIONE N° IX / 4659 /2013 MANUALE PER LA GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SOCIOSANITARIA - (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE PELLEGRINI) DGR N° X_325_27.6.2013 APPROVAZIONE DEL TITOLARIO DI CLASSIFICAZIONE E MASSIMARIO DI SCARTO DELLA DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO-SANITARIO REGIONALE LOMBARDO	OSDH004 OSDH005 OSDSU04 OSDSU05 OSAS005 OGPRO09 OGPRO11 OGPRO14	OSDH004 Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza a ciclo diurno, e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto del Day Hospital con gli altri servizi della struttura; rapporti con il medico OSDH005 Per ogni paziente è compilata una cartella clinica OSDSU04 Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza a ciclo diurno, e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto del Day Surgery con gli altri servizi della struttura; rapporti con il medico di base/pediatra di libera scelta? OSDSU05 Per ogni paziente è compilata una cartella clinica? OSAS005 Le registrazioni e le copie dei referti vengono conservate secondo le modalità ed i tempi sanciti dalla normativa vigente? OGPRO09 Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO11 Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione e di conservazione e di rilascio della cartella clinica.			
P	DCR	13 Cartella clinica del paziente	2	Per ogni episodio di ricovero, sia esso condotto in regime ordinario che in regime di day hospital è generata una cartella clinica	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OSDH004 OSDH005 OSDSU04 OSDSU05	OSDH004 Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza a ciclo diurno, e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto del Day Hospital con gli altri servizi della struttura; rapporti con il medico di base/pediatra di libera scelta? OSDH005 Per ogni paziente è compilata una cartella clinica OGPRO14 Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?			
P	DCR	13 Cartella clinica del paziente	3	Per i pazienti trattati in regime ambulatoriale, MAC/BIC, è generata una documentazione che permetta la ricostruzione del percorso/ciclo di cura	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	DGR VIII/10804/2009 Allegato 9 Requisiti autorizzativi della "macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale" DGR IX/1962/2011 All.1	OSACA06 OSACH11 OSASA04L OSACA07	OSACA06 Esiste una scheda clinica ambulatoriale per la macroattività che contenga almeno: la U.O. dove si esegue la prestazione; il numero progressivo della scheda clinica; le generalità dell'assistito; l'anamnesi patologica prossima; l'esame obiettivo; la registrazione degli eventuali esami clinici effettuati; la diagnosi; il consenso informato al trattamento e/o procedura diagnostica, datato e firmato sia dal paziente che dal personale sanitario; tipo e descrizione della procedura/prestazione con orario di ingresso ed uscita? Nel caso di attività riabilitative complesse, è, inoltre, previsto il Progetto Riabilitativo Individuale e il programma riabilitativo individuale; la tabella delle prestazioni di fisioterapia erogate ed i relativi minutaggi? OSACH11 Esiste una scheda clinica ambulatoriale che contenga almeno: la struttura dove si esegue l'intervento; il numero progressivo della scheda clinica; le generalità dell'assistito; l'anamnesi patologica prossima; l'esame obiettivo; la registrazione degli eventuali esami clinici effettuati; la diagnosi; il consenso informato all'intervento chirurgico e/o procedura diagnostica, datato, firmato sia dal paziente che dal personale sanitario; il tipo, la data e la durata dell'intervento? OSASA04 Le prestazioni effettuate sono registrate e corredate dalle generalità riferite dall'utente? Al termine dell'iter diagnostico/dei cicli di cura viene consegnato al paziente un referto/relazione per il medico di medicina generale, che contenga almeno: una chiara descrizione del trattamento, della diagnosi e della procedura effettuata; i consigli terapeutici; la programmazione del controllo successivo; chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze. Tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza? In caso di attività ambulatoriale complessa oncologica viene consegnato al paziente una breve relazione su quanto effettuato ed eventuali consigli sulle possibili complicanze?			
P	DCR	13 Cartella clinica del paziente	4	La documentazione di ogni paziente accettato in Pronto Soccorso riporta ora di arrivo, codice attribuito, condizioni cliniche all'arrivo, durante l'osservazione ed in dimissione, terapie ed accertamenti eseguiti, istruzioni per il follow-up ed	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica		OGPRO05 OGPRO14	OGPRO05 Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente? OGPRO14 Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?			
P	DCR	13.1 Contenuti della cartella clinica	1	La cartella clinica contiene tutte le informazioni previste dalla normativa regionale e nazionale, nonché tutte le informazioni atte ad attestare, ove possibile, l'applicazione degli standard di qualità e sicurezza previsti nel presente documento.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica		OGPRO09 OGPRO14	OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO14 - Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?			
P	DCR	13.1 Contenuti della cartella clinica	2	Le cartelle cliniche sono aggiornate contestualmente ai verificarsi degli eventi.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica		OGPRO09 OGPRO14	OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO14 - Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?			
P	DCR	13.1 Contenuti della cartella clinica	3	L'autore, la data e l'ora di tutte le annotazioni riportate nelle cartelle cliniche sono chiaramente identificabili.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica		OGPRO09 OGPRO14	Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?			
P	DCR	13.1 Contenuti della cartella clinica	4	Gli interventi riabilitativi sono registrati con riferimento all'operatore che li ha svolti, all'orario di inizio e fine trattamento	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperim/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica	ripete	OGPRO14	OGPRO14 - Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?			

Ordine	Area	Standard	Progre ssivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
P	DCR	13.2 Controlli della documentazione sanitaria	1	Le cartelle cliniche di degenza e la documentazione delle attività svolte in Pronto Soccorso, BIC, MAC ed ambulatorio, sono sottoposte ad un programma di verifica interno destinato a valutare congruenza ed appropriatezza del setting assistenziale, aderenza agli standards di qualità e sicurezza.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGVQA07 OGVQA08 OGVQA09	OGVQA07 - Esistono almeno due programmi di miglioramento della qualità all'anno, uno dei quali riguarda una delle seguenti aree: - uso del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati; - controllo delle infezioni ospedaliere; - razionale utilizzo dei farmaci; - appropriatezza dei ricoveri; - appropriatezza delle indagini diagnostiche ad alto costo (TAC, RMN, Angioplastica ecc)? OGVQA08 - Sono realizzate delle verifiche periodiche (almeno una a semestre) della completezza della documentazione sanitaria, dalle quali scaturisce una relazione opportunamente documentata e motivata? OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria?	6.9.1	Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria	Organizzazione
P	DCR	13.2 Controlli della documentazione sanitaria	2	L'organizzazione dispone di una procedura aziendale che definisce le modalità organizzative, il personale incaricato dei controlli, i tempi, la numerosità minima dei controlli, la modalità di analisi e diffusione dei risultati.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile		OGPAZ02 OGPCG03 OGVQA08	OGPAZ02 - La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro, costituito da: a) la tipologia ed il volume di attività previste, b) il piano organizzativo? OGPCG03 - Esiste un documento che espliciti l'articolazione organizzativa aziendale, individuando i responsabili per ciascuna unità organizzativa, e che indichi il piano dei centri di responsabilità e dei centri dei costi? OGVQA08 - Sono realizzate delle verifiche periodiche (almeno una a semestre) della completezza della documentazione sanitaria, dalle quali scaturisce una relazione opportunamente documentata e motivata?	6.9.1	Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria	Organizzazione
P	DCR	13.4 Codici simboli e definizioni	1	L'organizzazione utilizza e monitora sigle, codici, abbreviazioni, acronimi standardizzati ed uniformemente adottati.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO09 OGPRO14	OGPRO09 - Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? OGPRO14 - Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?	6.9.1	Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria	Organizzazione

TITOLO	ACQUISIZIONE ATTREZZATURE E SUPERVISIONE DEI CONTRATTI (AAS)
	Attrezzature
INTRODUZIONE	INTRODUZIONE Il miglioramento della qualità dell'organizzazione sanitaria passa attraverso una gestione sicura, appropriata ed efficace della strumentazione e del patrimonio tecnologico bio medicale. Questo è possibile applicando concetti e metodologie che prevedono la valutazione di tecnologie sanitarie e sistemi sanitari mediante: - Health Technology Assessment, ovvero la metodologia multidisciplinare che valuta l'impatto in termini di efficacia (e costi) dell'introduzione di una nuova tecnologia sanitaria (dispositivo medico, ma anche procedura medico chirurgica). L'HTA prevede una valutazione della sicurezza clinica - HTM Health Technology Management, ovvero la gestione delle apparecchiature elettromedicali nelle diverse fasi: - collaudo - manutenzione preventiva e correttiva - verifiche sicurezza elettrica - dismissione
RAZIONALE	Il Ministero della Salute definisce l'Health Technology Assessment (HTA) come "un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. L'obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società".
OBIETTIVI	L'organizzazione pianifica e implementa un programma per controllo, collaudo, verifiche e manutenzione delle apparecchiature medicali e ne documenta i risultati. I dati del monitoraggio del programma di gestione delle apparecchiature medicali sono utilizzati per pianificare i fabbisogni a lungo termine di aggiornamento e/o sostituzione delle apparecchiature stesse. Al fine di garantire la disponibilità delle apparecchiature medicali per il corretto funzionamento, l'organizzazione ispeziona regolarmente le apparecchiature medicali, le testa in funzione dell'utilizzo e dei requisiti, ne esegue la manutenzione preventiva. Le operazioni di controllo, collaudo, verifica ed ogni intervento di manutenzione sono documentate e fornite da personale qualificato. L'organizzazione tiene l'inventario delle apparecchiature medicali e adotta un sistema per il loro richiamo. Per quanto riguarda l'ambito dei dispositivi medici e dei farmaci l'organizzazione pianifica un'attività coordinata e multidisciplinare svolta dal personale ad essa appartenente che vede l'applicazione dei principi della programmazione, dell'implementazione, del miglioramento dei processi efficaci alla loro selezione che prenda in considerazione sia i bisogni e la sicurezza del paziente sia le motivazioni economiche. L'organizzazione ospedaliera, sulla base della propria missione, sui bisogni dei pazienti e sulla tipologia di prestazioni erogate, deve decidere quali farmaci mettere a disposizione dei professionisti sanitari ai fini della prescrizione e dell'ordinazione. Un adeguato quantitativo di dispositivi medici e di farmaci è comunque in dotazione alla struttura e prontamente disponibile
	Contratti
INTRODUZIONE	I servizi a contratto o servizi in appalto sono servizi erogati in virtù di un accordo scritto con un'altra organizzazione, un'agenzia o un professionista. L'accordo (contratto o convenzione) specifica quali sono i servizi e gli operatori da fornire per conto dell'organizzazione richiedente ed il compenso pattuito per la sua fornitura.

TITOLO	ACQUISIZIONE ATTREZZATURE E SUPERVISIONE DEI CONTRATTI (AAS)
RAZIONALE	L'organizzazione deve tenere sotto attento controllo i propri processi di approvvigionamento in modo da assicurarsi, sotto ogni profilo ed in ogni momento, che i prodotti e/o servizi acquisiti siano conformi alle sue esigenze. Il grado di complessità ed estensione di tali controlli dipende dalla criticità che dette acquisizioni rivestono ai fini della qualità dei prodotti dell'organizzazione stessa. La qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria richiedono anche la valutazione dei servizi forniti tramite contratti; pertanto l'organizzazione riceve e analizza le informazioni sulla qualità dei fornitori esterni e sulla base di queste intraprende le necessarie azioni
OBIETTIVI	I fornitori devono essere valutati e selezionati, sulla base di criteri prestabiliti, in funzione della loro effettiva capacità di soddisfare le esigenze dell'organizzazione. Il contratto con il fornitore esterno deve contenere: - A) aspettative in termini di qualità e sicurezza del paziente B) dati da fornire all'organizzazione, unitamente a frequenza e tipologia di trasmissione C) requisiti tecnici D) personale addetto al servizio E) norme per la sicurezza e per il riconoscimento degli operatori (ad es. cartellino identificativo,...) F) Individuazione del Direttore Esecutore del Contratto e suoi compiti G) Individuazione del Responsabile Unico del Procedimento e suoi compiti H) Argomenti di natura amministrativa e contabile I risultati delle valutazioni e le azioni conseguenti devono essere registrati. Oltre ai requisiti relativi ai prodotti acquisiti vanno chiaramente specificati, ove richiesto, quelli concernenti l'approvazione dei prodotti (includere le relative procedure, metodi e attrezzature), la qualificazione del personale ed, eventualmente, il SGQ del fornitore

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accrediamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
15		ACQUISIZIONE ATTREZZATURE E SUPERVISIONE DEI CONTRATTI	(AAS)						4.1.1 4.2.1 4.3.1	documenti sanitari disponibili on line disaster plan informatico continuità operativa informativa	Sistemi Informativi
Q	AAS	14 Utilizzo appropriato di apparecchiature, dispositivi e farmaci raccomandati dalle associazioni professionali o, in alternativa, da altre fonti autorevoli	1	Nella scelta delle apparecchiature sono applicati i principi declinati dall' Health Technology Assessment	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	DGR 1185 DEL 20/12/2013 Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014 DGR n. 7856 del 30/07/2008 Determinazione in merito alla valutazione dell'appropriatezza d'uso di farmaci, dispositivi biomedici e tecnologie diagnostico-terapeutiche al fine del loro impiego nell'ambito del servizio sanitario regionale secondo gli indirizzi del PSSR e determinazioni conseguenti"	OGTEC01 OGSIN07	OGTEC01 Esistono specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici, che tengano conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche e della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria? OGSIN07 Esiste un piano degli investimenti, con aggiornamento almeno biennale, inerente l'aggiornamento e la sostituzione della dotazione di Hardware e Software e il relativo aggiornamento del personale?	3.1.1	Efficienza dell'alta tecnologia diagnostica	Tecnologie
Q	AAS	14 Utilizzo appropriato di apparecchiature, dispositivi e farmaci raccomandati dalle associazioni professionali o, in alternativa, da altre fonti autorevoli	2	Le apparecchiature, i dispositivi e i farmaci sono acquisiti in funzione delle necessità di erogazione dei servizi.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	DGR 1185 DEL 20/12/2013 Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014	Vedi REQUISITI STRUTTURALI SPECIFICI per ogni UUOQ; per la Riabilitazione vedi A. REQUISITI TECNOLOGICI ASSISTENZIALI; B. REQUISITI TECNOLOGICI/VALUTATIVI; C. REQUISITI TECNOLOGICI PER L'ESERCIZIO TERAPEUTICO	Requisiti specifici per ogni UUOQ	3.3.1	Gestione recall dispositivi medici	Tecnologie
Q	AAS	14 Utilizzo appropriato di apparecchiature, dispositivi e farmaci raccomandati dalle associazioni professionali o, in alternativa, da altre fonti autorevoli	3	L'organizzazione dispone di un piano di governo delle attrezzature, comprensivo dei piani di manutenzione periodica e sicurezza elettrica.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	D. Lgs. 81/08 Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, e s.m.i. Direttiva CE 98/79 Sui dispositivi medici diagnostici in vitro Direttiva 93/42/CEE del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 14 giugno 1993, concernente i dispositivi medici, recepita con D.Lgs. 24 febbraio 1997 "Attuazione della Direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici" e con D. Lgs. 25 febbraio 1998, n. 95 "Modifiche al decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46, recante: Attuazione della direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici".	OGTEC02 OGSIN06 OGTEC04 OGTEC03 OGTEC06 OGTEC07 OGTEC08 OGTEC09 OGTEC11	OGTEC02 Esiste un inventario delle apparecchiature in dotazione? OGSIN06 Esiste un documento, con aggiornamento almeno annuale, inerente le dotazioni di Hardware e Software? OGTEC03 Esiste un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche, documentato per ciascuna apparecchiatura? OGTEC04 Il piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria, è reso noto ai diversi livelli operativi? OGTEC06 Esiste l'atto di nomina o il contratto di uno o più Responsabili delle risorse tecnologiche? OGTEC07 Esiste un documento, in cui vengono comunicati al/i Responsabile/i le attività di cui risponde (vale a dire il controllo, l'installazione, la gestione, la manutenzione ordinaria e straordinaria di impianti e attrezzature), con allegato documento che attesti l'avvenuta comunicazione al responsabile? OGTEC08 Esiste una circolare informativa diretta al personale, con l'indicazione dei responsabili delle risorse tecnologiche e dei compiti loro assegnati? OGTEC09 Dall'inventario delle attrezzature utilizzate/funzionanti, risulta, per ciascuna attrezzatura, l'appartenenza al centro di responsabilità? Esistono le schede d'intervento relative agli impianti o alle attrezzature sottoposte a manutenzione, con descrizione e data dell'intervento, sottoscritte dal tecnico che ha eseguito l'intervento?	6.21.1	età media delle attrezzature tecnologiche	Organizzazione
Q	AAS	14 Utilizzo appropriato di apparecchiature, dispositivi e farmaci raccomandati dalle associazioni professionali o, in alternativa, da altre fonti autorevoli	4	Il processo di gestione delle apparecchiature è coerente con le normative tecniche specifiche di settore.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	D. Lgs. 81/08 Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, e s.m.i. Direttiva CE 98/79 Sui dispositivi medici diagnostici in vitro Direttiva 93/42/CEE del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 14 giugno 1993, concernente i dispositivi medici, recepita con D.Lgs. 24 febbraio 1997 "Attuazione della Direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici" e con D. Lgs. 25 febbraio 1998, n. 95 "Modifiche al decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46, recante: Attuazione della direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici". Norma CEI EN 62-353 Norma CEI 64-8 sez. 710	OGPRO03b*	OGPRO03b* Presso ogni unità organizzativa sono a disposizione protocolli organizzativi inerenti la conservazione, gestione dei farmaci, dei dispositivi medici, le procedure per il richiamo dei farmaci e dei dispositivi medici e prodotti diagnostici?	6.21.1	età media delle attrezzature tecnologiche	Organizzazione
Q	AAS	14 Utilizzo appropriato di apparecchiature, dispositivi e farmaci raccomandati dalle associazioni professionali o, in alternativa, da altre fonti autorevoli	5	L'organizzazione utilizza la Raccomandazione Ministeriale in tema di sicurezza del paziente e osserva la normativa cogente in relazione alle apparecchiature e ai dispositivi di cui necessita per fornire i servizi programmati.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Raccomandazione Ministeriale n. 9 per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, Settembre 2008 D. Lgs. 81/08 Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, e s.m.i. Direttiva CE 98/79 Sui dispositivi medici diagnostici in vitro Direttiva 93/42/CEE del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 14 giugno 1993, concernente i dispositivi medici, recepita con D.Lgs. 24 febbraio 1997 "Attuazione della Direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici" e con D. Lgs. 25 febbraio 1998, n. 95 "Modifiche al decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46, recante: Attuazione della direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici". ISO 9001:2008	OGTEC05	OGTEC05 La Direzione provvede affinché in ogni presidio sia garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche?	19	Gestione del recall per dispositivi medici	Ufficio Tecnico/ Farmacia ospedaliera
Q	AAS	14.1 Contratti per servizi affidati a soggetti esterni	1	Esiste un processo documentato di selezione, qualifica e verifica dei fornitori.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	D.Lgs n. 163 del 12.04.2006 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle delibere 2004/117/CE e 2004/18/CE" e s.m.i. DGR 1185 DEL 20/12/2013 Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014 ISO 9001:2008	OGTEC10	OGTEC10 Esistono Linee Guida o Protocolli, inerenti l'utilizzo di impianti e attrezzature ritenute pericolose, così come definite nella relazione sulla valutazione dei rischi come da d.lgs.626/94, trasmessi ai responsabili delle Unità Operative utilizzatrici, e a disposizione del personale utilizzatore?	23	Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Alberghiero

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditalmento	Testo Requisiti accreditamento	Numero Indicatore	Indicatore	Ambito
Q	AAS	14.1 Contratti per servizi affidati a soggetti esterni	2	Per ogni contratto sono identificate con chiarezza le responsabilità collegate al procedimento, all'esecuzione e al controllo.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	D.Lgs n. 163 del 12.04.2006 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle delibere 2004/17/CE e 2004/18/CE" e s.m.i. DPR 05/10/2010 n.207 "Regolamento di esecuzione ed attuazione del D.Lgs. 12/04/2006 n.163, recante <<Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle delibere 2004/17/CE e 2004/18/CE>>			6.17.1	Indice di corretta evasione dell'ordine/appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	Organizzazione
Q	AAS	14.1 Contratti per servizi affidati a soggetti esterni	3	Esiste una valutazione documentata della qualità dei servizi a contratto, in appalto o convenzionati in funzione del contratto/convenzione stipulato/a.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile	D.Lgs n. 163 del 12.04.2006 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle delibere 2004/17/CE e 2004/18/CE" e s.m.i.			6.17.1	Indice di corretta evasione dell'ordine/appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	Organizzazione
Q	AAS	14.1 Contratti per servizi affidati a soggetti esterni	4	I responsabili identificati nel contratto forniscono le informazioni sulla qualità dei servizi ricevuti dai fornitori esterni all'ufficio competente e collaborano all'analisi ed alla valutazione.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	D.Lgs n. 163 del 12.04.2006 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle delibere 2004/17/CE e 2004/18/CE" e s.m.i. DGR 1185 DEL 20/12/2013 Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014			6.17.1	Indice di corretta evasione dell'ordine/appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	Organizzazione
Q	AAS	14.1 Contratti per servizi affidati a soggetti esterni	5	Tutti i professionisti sanitari autonomi esterni all'organizzazione che forniscono consulenza e servizi diagnostici e terapeutici, ad esempio di telemedicina, teleradiologia, interpretazioni di esami diagnostici come ECG, EEG, EMG, ecc..., operano all'interno di un processo aziendale definito.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	Linee Guida Sim Linee Guida Cnipa (Centro nazionale per l'informatica nella pubblica amministrazione)			6.17.1	Indice di corretta evasione dell'ordine/appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	Organizzazione

TITOLO	QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE
INTRODUZIONE	Un struttura sanitaria, per realizzare la propria mission, ha bisogno di professionisti qualificati ed esperti che possano identificare i bisogni clinici ed assistenziali dei pazienti e soddisfarli ognuno in base alle proprie competenze, assicurando cure appropriate, efficaci in condizioni di sicurezza per i pazienti e gli operatori.
RAZIONALE	Ogni professionista deve essere parte integrante del Piano della dotazione organica, definito e pianificato dalla governace aziendale, in base al reale fabbisogno di risorse umane determinato dalla complessità dei pazienti e il carico di lavoro interno. Le figure coinvolte nella cura del paziente devono essere valutate e verificate nei loro titoli e nelle loro competenze; sia all'assunzione sia periodicamente durante la vita professionale. Ogni informazione necessaria alla verifica della professionalità e competenza deve essere rintracciabile e raccolta in fascicoli personali. L'orientamento del professionista all'organizzazione deve essere supportato da : • Inserimento attraverso un accurato processo in cui siano stati definiti tempi e modalità e la relativa verifica finale • La redazione della Job description con le informazioni sulla propria attività • La redazione dei privileges in cui vengono descritte le attività, le competenze e le conoscenze di ogni singolo medico Ogni professionista deve curare l'arricchimento della propria professionalità attraverso un costante aggiornamento, necessario per ampliare ed adeguare proprie conoscenze sanitarie. È parte integrante della formazione il apprendimento ed il mantenimento costante delle conoscenze in materia di rianimazione cardio polmonare (BLS-D) per tutti i professionisti a contatto con i pazienti/utenti.
OBIETTIVI	Un'adeguata gestione delle risorse umane in una struttura sanitaria permette ai propri professionisti , di operare in modo organizzato ed efficiente, fornendo ai propri pazienti cure appropriate in un contesto sicuro e in continuo miglioramento.

Ordine	Area	Standard	Progressiva	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditalimento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
16	QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE (QDP)			(QDP)					5.3.1	Rispondenza indagine stress lavoro correlato (SLC)	Risorse umane
R	QDP	15 Piano delle dotazioni organiche	1	La Direzione dell'organizzazione ha definito una dotazione organica (tipologia di operatori, numero, qualifiche) per soddisfare la mission e gli obiettivi clinici ed assistenziali assegnati alla struttura.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	15	OGPVF01	OGPVF01 La Direzione definisce il fabbisogno di personale (in termini numerici per ciascuna professione o qualifica professionale, per posizione funzionale, per qualifica, in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività?	5.2.1	Copertura fabbisogno di personale	Risorse umane
R	QDP	15 Piano delle dotazioni organiche	2	La pianificazione della dotazione organica è sviluppata congiuntamente fra dirigenti clinici e amministrativi ed è periodicamente aggiornata.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	15			5.2.1	Copertura fabbisogno di personale	Risorse umane
R	QDP	15 Piano delle dotazioni organiche	3	Esiste una procedura che descrive le modalità organizzative con cui i Responsabili elaborano ed aggiornano la dotazione organica, i criteri per la sua pianificazione e realizzazione le modalità di aggiornamento, i criteri per l'assegnazione e la ricollocazione del personale.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	15			5.1.1	Adeguamento ai requisiti di accreditamento SSR - Personale	Risorse umane
R	QDP	15.1 Le responsabilità di ciascun membro del personale sono definite in un documento aggiornato (job description)	1	Tutte le figure professionali, anche quelle che non sono abilitate ad esercitare la professione autonomamente, hanno una "job description".	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	15.1					
R	QDP	15.1 Le responsabilità di ciascun membro del personale sono definite in un documento aggiornato (job description)	2	Le job description sono aggiornate in base alla politica ospedaliera.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	15.1					
R	QDP	15.1 Le responsabilità di ciascun membro del personale sono definite in un documento aggiornato (job description)	3	L' Organizzazione ha definito l' ambito di applicazione (a quale personale) e le modalità con le quali è monitorata e misurata nel tempo in ogni U.O. l' attribuzione di autorizzazioni ad eseguire attività sanitarie in relazione al grado di competenza professionale acquisita da ciascun operatore. La documentazione può essere disponibile a livello di UO o essere integrata nel dossier formativo del singolo operatore.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	15.1			5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane
R	QDP	15.2 Inserimento del neoassunto o neoassegnato e sua valutazione	1	Chiunque operi a qualsiasi titolo nell'ospedale viene orientato all' organizzazione generale e alle responsabilità specifiche dell'Unità di destinazione, secondo procedure dell'organizzazione.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPVF04 OGPVF05	OGPVF04 Sono normalizzate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione? OGPVF05 Esiste un protocollo di inserimento adottato per tutti gli operatori inseriti nella struttura nel periodo considerato?			
R	QDP	15.2 Inserimento del neoassunto o neoassegnato e sua valutazione	2	L'ospedale assicura una valutazione iniziale con la quale verifica la possibilità da parte del neoassunto di attendere alle responsabilità descritte nella job description.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile						
R	QDP	15.2 Inserimento del neoassunto o neoassegnato e sua valutazione	3	La valutazione successiva viene condotta dal momento in cui l'attività ha inizio e per il periodo di prova del soggetto, per una durata e con una frequenza predefinite in una procedura scritta. Le valutazioni sono scritte e vengono condivise con i soggetti interessati.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile				5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane
R	QDP	15.2 Inserimento del neoassunto o neoassegnato e sua valutazione	4	La valutazione è condotta presso l'Unità Operativa e/o il Dipartimento / Servizio a cui il soggetto è stato assegnato.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile				5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane

Ordine	Area	Standard	Progressiva	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditazione	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
R	QDP	15.3 Valutazione del personale dirigente	1	Esiste una procedura che definisce: - le modalità di valutazione delle competenze del personale medico e dirigente sanitario; - le modalità di valutazione delle competenze del personale dirigente non sanitario; - i criteri e gli ambiti di completa autonomia; - i criteri e gli ambiti di abilitazione al tutoraggio; - le tipologie ed i gruppi di prestazioni cliniche da svolgere sotto supervisione di un tutor; - gli ambiti per i quali è atteso uno sviluppo delle competenze specifiche in relazione ai bisogni dei pazienti e dell'organizzazione.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	15.3			5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane
R	QDP	15.3 Valutazione del personale dirigente	2	L'organizzazione definisce il metodo ed i criteri con cui raccogliere informazioni relative all'attività svolta dai singoli dirigenti e utili alla valutazione delle specifiche competenze in relazione ai bisogni dei pazienti e dell'organizzazione.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	15.3			5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane
R	QDP	15.3 Valutazione del personale dirigente	3	Una volta l'anno l'organizzazione assicura una rivalutazione delle competenze del personale dirigente, identificando collegialmente e per ciascuno i fabbisogni di formazione/aggiornamento e gli ambiti di sviluppo delle competenze professionali in relazione ai bisogni dei pazienti e dell'organizzazione.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	15.3			5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane
R	QDP	15.3 Valutazione del personale dirigente	4	L'organizzazione definisce le modalità e la frequenza con cui, in modo continuativo, il personale viene rivalutato, con una frequenza minima annuale.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	15.3			5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane

Ordine	Area	Standard	Progressiva	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accreditazione	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
R	QDP	15.4 Valutazione degli operatori appartenenti alle professioni sanitarie e all'area tecnico-amministrativa	1	Esiste una procedura che definisce: - le modalità di valutazione delle competenze del personale infermieristico e delle altre professioni sanitarie, tecniche e della riabilitazione, - i criteri e gli ambiti di completa autonomia, - i criteri e gli ambiti di abilitazione al tutoraggio, - le tipologie ed i gruppi di prestazioni assistenziali da svolgere sotto supervisione di un tutor, - gli ambiti per i quali è atteso uno sviluppo delle competenze specifiche in relazione ai bisogni dei pazienti.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	15.4			5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane
R	QDP	15.4 Valutazione degli operatori appartenenti alle professioni sanitarie e all'area tecnico-amministrativa	2	L'organizzazione definisce il metodo ed i criteri con cui raccogliere informazioni relative all'attività svolta dai singoli operatori ed utili alla valutazione delle specifiche competenze in relazione ai bisogni dei pazienti.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	15.4			5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane
R	QDP	15.4 Valutazione degli operatori appartenenti alle professioni sanitarie e all'area tecnico-amministrativa	3	Una volta l'anno l'organizzazione assicura una rivalutazione delle competenze del personale infermieristico e delle altre professioni sanitarie, tecniche e della riabilitazione, identificando collegialmente e per ciascuno i fabbisogni di formazione/aggiornamento	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	15.4			5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane
R	QDP	15.4 Valutazione degli operatori appartenenti alle professioni sanitarie e all'area tecnico-amministrativa	4	Esiste una procedura aziendale che definisce: - le modalità di valutazione delle competenze del personale tecnico amministrativo, - i criteri e gli ambiti di completa autonomia, - i criteri e gli ambiti di abilitazione al tutoraggio, - le tipologie ed i gruppi di prestazioni da svolgere sotto supervisione di un tutor, - gli ambiti per i quali è atteso uno sviluppo delle competenze specifiche.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	15.4			5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane
R	QDP	15.4 Valutazione degli operatori appartenenti alle professioni sanitarie e all'area tecnico-amministrativa	5	L'organizzazione definisce il metodo ed i criteri con cui raccogliere informazioni relative all'attività svolta dai singoli operatori ed utili alla valutazione delle specifiche competenze tecnico/amministrative.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	15.4			5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane
R	QDP	15.4 Valutazione degli operatori appartenenti alle professioni sanitarie e all'area tecnico-amministrativa	6	Una volta l'anno l'organizzazione assicura una rivalutazione delle competenze del personale tecnico-amministrativo, identificando collegialmente e per ciascuno i fabbisogni di formazione/aggiornamento e gli ambiti di sviluppo delle competenze.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	15.4			5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane
R	QDP	15.4 Valutazione degli operatori appartenenti alle professioni sanitarie e all'area tecnico-amministrativa	7	L'organizzazione definisce le modalità e la frequenza con cui, in modo continuativo, il personale viene rivalutato, con una frequenza minima annuale.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	15.4			5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane
R	QDP	15.5 Fascicolo personale	1	Per chiunque operi a qualsiasi titolo nell'ospedale esiste un fascicolo personale, che contiene, per quanto di competenza delle singole figure, i dati anagrafici, i titoli professionali validati secondo le norme vigenti, la job description, il curriculum delle precedenti esperienze di lavoro, i risultati delle valutazioni iniziali, del periodo di prova e periodiche.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	15.5	OGPVF02	OGPVF02 Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente?	5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Risorse umane
R	QDP	15.5 Fascicolo personale	2	Per ogni operatore esiste la documentazione relativa all'attività formativa svolta ed ai crediti ECM acquisiti quando previsti.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	15.5			5.8.1	Crediti ECM erogati per profilo	Risorse umane

Ordine	Area	Standard	Progressiva	Item	Legenda punteggio	Normativa specifica	Codice Requisiti Accredimento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
R	QDP	15.5 Fascicolo personale	3	I fascicoli del personale sono costantemente aggiornati.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica	15.5					
R	QDP	15.5 Fascicolo personale	4	Per il personale medico, dirigente sanitario, infermieristico e tecnico viene effettuata la verifica dei titoli professionali presso i rispettivi ordini e collegi professionali o alla fonte originale del titolo acquisito all'atto dell'incarico nell'organizzazione.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	15.5					
R	QDP	15.6 Credenziali: Titolo di studio, abilitazioni	1	L'organizzazione verifica periodicamente l'abilitazione all'esercizio della professione sanitaria dei suoi professionisti attraverso la certificazione degli ordini/collegi laddove è previsto.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica	15.6	OGPVF02	OGPVF02 Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente?			
R	QDP	15.6 Credenziali: Titolo di studio, abilitazioni	2	I professionisti sanitari autonomi esterni che erogano prestazioni nell'organizzazione sono sottoposti alle verifiche delle credenziali e sono autorizzati a erogare le attività previste.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica	15.6					
R	QDP	15.7 Addestramento nelle tecniche di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza	1	I medici, gli infermieri ed il personale sanitario a contatto con i pazienti e tutti gli operatori per cui l'organizzazione ritiene di dover assicurare l'acquisizione di specifiche competenze nell'ambito della rianimazione cardiopolmonare d'urgenza sono identificati in uno specifico elenco.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile						
R	QDP	15.7 Addestramento nelle tecniche di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza	2	L'organizzazione stabilisce le modalità di addestramento del personale identificato, mediante corsi certificati esterni e/o corsi interni effettuati da personale qualificato, in base al livello ritenuto appropriato per le singole figure professionali.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile						
R	QDP	15.7 Addestramento nelle tecniche di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza	3	Nel fascicolo personale di ogni operatore identificato deve essere disponibile la documentazione che attesti il superamento del corso di addestramento e delle sessioni periodiche di aggiornamento.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile						
R	QDP	15.8 Formazione, aggiornamento e sviluppo delle competenze	1	L'organizzazione dispone di un piano di formazione, addestramento e di sviluppo delle competenze del personale rispondente alla mission ed ai bisogni dell'organizzazione stessa.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	#Normativa_15_8	OGPVF03	OGPVF03 E' predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile?	5.6.1	Incidenza ore di formazione	Risorse umane
R	QDP	15.8 Formazione, aggiornamento e sviluppo delle competenze	2	Il piano di formazione, addestramento e di sviluppo delle competenze è un documento che prende in considerazione l'analisi periodica dei fabbisogni formativi interni, le linee di indirizzo del Piano Sanitario Nazionale e Piano Sanitario Regionale, la coerenza di norma, la mission e la vision aziendale, gli indicatori dell'organizzazione.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	#Normativa_15_8	OGPVF06	OGPVF06 Nel piano di formazione degli operatori, che ha aggiornamento annuale, sono esplicitati, per ogni intervento formativo, la definizione degli obiettivi di apprendimento e il piano di valutazione del loro raggiungimento?			
R	QDP	15.8 Formazione, aggiornamento e sviluppo delle competenze	3	Il Piano di formazione è sviluppato in modo coordinato e coerente con il Piano di Miglioramento dell'organizzazione.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile	#Normativa_15_8					
R	QDP	15.8 Formazione, aggiornamento e sviluppo delle competenze	4	L'organizzazione identifica le attività formative e di aggiornamento da eseguirsi in orario di lavoro e fornisce ai destinatari adeguato tempo per tali attività	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica	#Normativa_15_8	OGPVF07	OGPVF07 Esiste la dimostrazione che annualmente almeno il 5% degli operatori ha frequentato corsi?	5.5.1	Tasso di saturazione dell'offerta formativa	Risorse umane
R	QDP	15.8 Formazione, aggiornamento e sviluppo delle competenze	5	L'organizzazione ottempera agli obblighi formativi nell'ambito della sicurezza, della tutela della salute degli operatori, della radioprotezione e di ogni altro ambito normato dalla legislazione vigente.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica	#Normativa_15_8 o			5.4.1	Frequenza infortuni	Risorse umane

NORMATIVA DI RIFERIMENTO			
15 Piano delle dotazioni organiche	DOTAZIONE ORGANICA TRASPARENZA	LEGGE 27 DICEMBRE 1997, N. 449 DECRETO LEGISLATIVO 27 ottobre 2009, n. 150 Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività' del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni. LEGGE 6 novembre 2012, n. 190 Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell' illegalità nella pubblica amministrazione. DECRETO LEGISLATIVO 14 marzo 2013, n. 33 Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità', trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.	
15.1 Le responsabilità di ciascun membro del personale sono definite in un documento aggiornato (job description)	DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA	Farmacista D. Lgs. 08.08.1991, n. 258 (G.U. 16.08.1991, n. 191) Medico chirurgo D. Lgs. 17.08.1999, n. 368 (G.U. 23.10.1999, n. 250, S.O.) Odontoiatra L. 24.07.1985, n. 409 (G.U.13.08.195, n. 190, S.O.)	Psicologo L. 18.02.1989, n. 56 (G.U. 24.02.1989, n.46) Altri riferimenti normativi: T.U. delle leggi sanitarie del 1934; D.M. 28.11.2000, Determinazione delle classi delle lauree universitarie specialistiche, pubblicato nella G. U. 23.01.2001 n.18, S.O. Direttiva comunitaria 2005/36 del 07.09.2005 D.L.vo 09.11.2007 n. 206
15.1 Le responsabilità di ciascun membro del personale sono definite in un documento aggiornato (job description)	PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTETRICA	Infermiere D.M. 14.09.1994, n. 739 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Direttive comunitarie 77/452/CEE e 77/453/CEE L. 18.12.1980, n. 905 (G.U. 31.12.1980, n. 356) Ostetrica /o D.M. 14.09.1994, n. 740 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Direttive comunitarie 80/154/CEE e 80/155/CEE L. 13.06.1985, n. 296 (G.U. 22.06.1985, n. 146)	Infermiere Pediatrico D.M. 17.01.1997, n. 70 (G.U. 27.03.1997, n. 72)
15.1 Le responsabilità di ciascun membro del personale sono definite in un documento aggiornato (job description)	PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE	Podologo D.M. 14.09.1994, n. 666 (G.U. 03.12.1994, n. 283) Fisioterapista D.M. 14.09.1994, n. 741 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Logopedista D.M. 14.09.1994, n. 742 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Ortottista – Assistente di Oftalmologia D.M. 14.09.1994, n. 743 (G.U. 09.01.1995, n. 6)	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva D.M. 17.01.1997, n. 56 (G.U. 14.03.1997, n. 61) Tecnico Riabilitazione Psichiatrica D.M. 29.03.2001, n.182 (G.U. 19.05.2001, n.115) Terapista Occupazionale D.M. 17.01.1997, n. 136 (G.U. 25.05.1997, n. 119) Educatore Professionale D.M. 08.10.1998, n.520 (G.U. 28.04.1999, N. 98)
15.1 Le responsabilità di ciascun membro del personale sono definite in un documento aggiornato (job description)	PROFESSIONI TECNICO SANITARIE Area Tecnico - diagnostica	Tecnico Audiometrista D.M. 14.09.1994, n. 667 (G.U. 03.12.1994, n. 283) Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico D.M. 14.09.1994, n. 745 (G.U. 09.01.1995, n. 6)	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica D.M. 14.09.1994, n. 746 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Tecnico di Neurofisiopatologia D.M. 15.03.1995, n. 183 (G.U. 20.05.1995, n. 116)
15.1 Le responsabilità di ciascun membro del personale sono definite in un documento aggiornato (job description)	PROFESSIONI TECNICO SANITARIE Area Tecnico – assistenziale	Tecnico Ortopedico D.M. 14.09.1994, n. 665 (G.U. 03.12.1994, n. 283) Tecnico Audioprotesista D.M. 14.09.1994, n. 668 (G.U. 03.12.1994, n. 283) Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni cardiovascolari D.M. 27.07.1998, n. 316 (G.U. 01.09.1998, n. 203)	Igienista Dentale D.M. 15.03.1999, n. 137 (G.U. 18.05.1999, n. 114) Dietista D.M. 14.09.1994, n. 744 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
15.1 Le responsabilità di ciascun membro del personale sono definite in un documento aggiornato (job description)	PROFESSIONI TECNICO SANITARIE Area Tecnico – assistenziale	Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro D.M. 17.01.1997, n. 58 (G.U. 14.03.1997, n. 61) Assistente Sanitario D.M. 17.01.1997, n. 69 (G.U. 27.03.1997, n. 72)	

NORMATIVA DI RIFERIMENTO			
15.1 Le responsabilità di cias	ALTRI RIFERIMENTI NORMATIVI	• D. Lgs. 02.05.1994, n. 319; • D. Lgs. 27.01.1992, n. 115; • Art. 6, comma 3, D. Lgs 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni; • L. 10.08.2000, n. 251; • L. 26.02.1999, n. 42; • L. 08.01.2002, n.1; • D.M. 29.03.2001, Definizione delle figure professionali, ecc., pubblicato nella G. U. 23.05.2001, n. 118; • D.M. 02.04.2001 , Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie, pubblicato sul S. O. n.136, G.U. 05.06.2001, n.128. • Direttive comunitarie 89/48 CEE, 92/51/CEE e 2001/19/CE	
15.3 Valutazione del personale dirigente		DECRETO-LEGGE 13 settembre 2012, n. 158 Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute. Art. 4 dirigenza sanitaria e governo clinico LEGGE 8 novembre 2012, n. 189 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute CCNL DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA MEDICO – VETERINARIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE CCNL PERSONALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA, PROFESSIONALE TECNICO E AMMINISTRATIVA DEL SSN - D.Lgs. 502/92, "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell' articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"; - D.lgs. 150 del 27 ottobre 2009, di attuazione della L. 4 marzo 2009 n. 15 recante "Delega al Governo finalizzata all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e alla efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni nonché disposizioni integrative delle funzioni attribuite al Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro e alla Corte dei conti".	BIENNIO ECONOMICO 2006-2007 -CCNL PER LA SEQUENZA CONTRATTUALE DELL'ART. 28 DEL CCNL DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA MEDICO – VETERINARIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SOTTOSCRITTO IL 17 OTTOBRE 2008 -CCNL DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA MEDICO – VETERINARIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE II BIENNIO ECONOMICO 2008-2009 - CCNL DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA MEDICO – VETERINARIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE QUADRIENNIO NORMATIVO 2006-2009 E BIENNIO ECONOMICO 2006-2007 CCNL integrativo CCNL del 17-10-2008 PERSONALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA, PROFESSIONALE TECNICO E AMMINISTRATIVA DEL SSN BIENNIO ECONOMICO 2008 - 2009 - CCNL del 17-10-2008 PERSONALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA, PROFESSIONALE TECNICO E AMMINISTRATIVA DEL SSN BIENNIO ECONOMICO 2008 – 2009
15.4 Valutazione degli operatori appartenenti alle professioni sanitarie e all'area tecnico-amministrativa		D.lgs. 150 del 27 ottobre 2009, di attuazione della L. 4 marzo 2009 n. 15 recante "Delega al Governo finalizzata all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e alla efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni nonché disposizioni integrative delle funzioni attribuite al Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro e alla Corte dei conti". • Art. 7-bis del decreto legge 30 dicembre 2008, n. 207, convertito nella legge 27 febbraio 2009, n. 14 • Art. 22 del CCNL del Comparto 2006/2009 • Art. 2 del CCNL del Comparto Biennio economico 2008/2009 Sistema di valutazione delle prestazioni del personale Manuale operativo Allegato al Decreto ministeriale del 30 dicembre 2010 Decreto Ministeriale 30 dicembre 2010 il Ministero della Salute adozione "Sistema di misurazione e valutazione della performance",	CCNL DEL PERSONALE DEL COMPARTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - BIENNIO ECONOMICO 2008 – 2009 -CCNL DEL PERSONALE DEL COMPARTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE QUADRIENNIO NORMATIVO 2006-2009 E BIENNIO ECONOMICO 2006-2007
15.5 Fascicolo personale		D.P.R. 3/1957 art.55 D.P.R. 686 del 3 maggio 1957 art.24 Legge 241/1990 art.22 ss. DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 dicembre 2000, n. 445 "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa" Art.43. Nuovo Titolario e Massimario di scarto - Approvato con DGR 325 del 27/6/2013 - Regione Lombardia	

NORMATIVA DI RIFERIMENTO		
15.6 Credenziali: Titolo di studio, abilitazioni	TITOLIREQUISITI	DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 dicembre 2000, n. 445 "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa" Art.43. Legge 23 ottobre 1992, n. 421 - Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale (art. 2) - D. L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 - Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (artt. 15 e 18) - D.P.R. 9 maggio 1994, n. 487 - Regolamento recante norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi - D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483 - Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del servizio sanitario nazionale (artt. Da 1 a 31, 74, 77, 78) - D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 - Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale - D.P.R. 27 marzo 2001, n. 220 - Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale - Legge 16 gennaio 2003, n. 3 - Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione (artt. 7, 8 e 9) - DM 30/01/1998 - Tabella relativa alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del SSN - DM 31/01/1998 - Tabella relativa alle specializzazioni affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del SSN - DM 31/07/2002 - Modifica e integrazione delle tabelle dei servizi e delle discipline equipollenti e delle tabelle delle discipline affini
15.6 Credenziali: Titolo di studio, abilitazioni	TRASPARENZA	DECRETO LEGISLATIVO 27 ottobre 2009, n. 150 Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività' del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni. LEGGE 6 novembre 2012, n. 190 Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell' illegalità nella pubblica amministrazione. DECRETO LEGISLATIVO 14 marzo 2013, n. 33 Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità', trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.
15.8 Formazione, aggiornamento e sviluppo delle competenze	NORMATIVA STATALE	D.lgs. n. 502/92 e s.m.i. art 16 bis: la formazione continua come attività finalizzata al miglioramento dell'efficacia, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza erogata dal Servizio Sanitario Nazionale D.L. n.138 del 13.08.2011 coordinato con la legge di conversione n.148 del 14.09.2011 al Titolo II art. 3 comma 5
15.8 Formazione, aggiornam	ACCORDI STATO REGIONI	CONFERENZA STATO REGIONI - Seduta del 19/04/2012 "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011/2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti" CONFERENZA STATO REGIONI - Seduta del 5 novembre 2009 concernente il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti CONFERENZA STATO REGIONI - Seduta del 1 agosto 2007 " Riordino del sistema di Formazione continua in medicina ". CONFERENZA STATO- REGIONI SEDUTA DEL 14/12/2006i proroga del regime sperimentale del Programma di educazione continua in medicina. CONFERENZA STATO- REGIONI SEDUTA DEL 20 MAGGIO 2004 CONFERENZA STATO REGIONI - Seduta del 13 marzo 2003 CONFERENZA STATO-REGIONI - Seduta del 20 dicembre 2001 - "Alle singole Regioni, per quanto di propria competenza ed in coerenza con gli indirizzi nazionali, è affidato il compito di promuovere sul loro territorio il sistema per la formazione continua e sono, pertanto, chiamate ad essere garanti della qualità e della trasparenza del sistema stesso."

NORMATIVA DI RIFERIMENTO 15.8 Formazione, aggiornamento e sviluppo delle competenze	NORMATIVA REGIONALE	DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITA' n.1006 del 11.2.2013 - Il sistema lombardo di Educazione Continua in Medicina – Sviluppo Professionale Continuo (ECM-CPD): indicazioni operative per l'anno 2013. D.G.R. N. IX/4776 DEL 30/01/2013 “DETERMINAZIONI IN MERITO ALL'ATTUAZIONE DEL SISTEMA LOMBARDO ECM/CPD ANNO 2013 D.G.R. N. IX/3103 DEL 14/03/2012 “DETERMINAZIONI IN MERITO ALL'ATTUAZIONE DEL SISTEMA LOMBARDO ECM-CPD (EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA – SVILUPPO PROFESSIONALE CONTINUO) - ANNO 2012 DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITA' N. 2738 DEL 30/03/2012 Il sistema lombardo si educazione continua in medicina – sviluppo professionale continuo ECM/CPD -Indicazioni operative per l'anno 2012 DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITA' N. 3243 DEL 8/04/2011 Il sistema lombardo si educazione continua in medicina – sviluppo professionale continuo ECM/CPD -Indicazioni operative per l'anno 2011 DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITA' N. 3684 DEL 14/04/2010 Il sistema lombardo si educazione continua in medicina – sviluppo professionale continuo ECM/CPD -Indicazioni operative per l'anno 2010 D.G.R. N. VIII/011267 DEL 10.02.2010 “Determinazioni in merito all'attuazione del nuovo sistema lombardo di ECM/CPD – anno 2010” D.G.R. N. VIII/8939 DELL'11.2.2009 “Determinazioni in merito all'attuazione del sistema lombardo di ECM/CPD – anno 2009” DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITA' n.2416 del 13/03/2009: SISTEMA LOMBARDO DI EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA - SVILUPPO PROFESSIONALE CONTINUO (ECM - CPD): INDICAZIONI OPERATIVE PER L'ANNO 2009. DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITA' N. 3749 DEL 16/04/2008 EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA - SVILUPPO PROFESSIONALE CONTINUO (ECM - CPD): RICOSTITUZIONE DELLA COMMISSIONE REGIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA. DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITA' N. 5961 DEL 05/06/2007 . educazione continua in medicina - sviluppo professionale continuo (ECM - CPD): indicazioni operative per la progettazione di interventi di formazione sul campo (FSC) in coerenza con il modello lombardo. DELIBERAZIONE N. VIII/4576 DEL 18.4.2007 determinazioni in merito all'attuazione del sistema lombardo ECM-CPD (educazione continua in medicina - sviluppo professionale continuo) - anno 2007 - (di concerto con l'assessore Abelli) DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITA' N. 344 DEL 18.1.2007 educazione continua in medicina - sviluppo professionale continuo (ECM - CPD): specificazioni operative annualità 2007. DGR 2372 del 12/04/06 “Determinazioni in merito all'attuazione del sistema lombardo ECM-CPD anno 2006 –I Provvedimento DDG Sanità 53 del 03/01/2006 “ECM – CPD: specificazioni operative annualità 2005 e impostazioni 2006” DDG Sanità 12400 del 05/08/05 “Requisiti per l'accreditamento dei provider ECM – CPD ai sensi della DGR 20767/05 DGR 20767/05 “Determinazioni in merito al progetto operativo per l'attuazione del sistema lombardo “ECM – Sviluppo Professionale Continuo (CPD)” e agli obiettivi formativi di interesse regionale DGR 18576/04 “Linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) in Lombardia DGR 13792/03 “Determinazioni per l'attivazione del sistema di formazione continua – programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) in Lombardia” L.R. n. 31/97 e s.m.i. art 13 bis: la Giunta Regionale definisce le modalità operative per l'attivazione del programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) in Lombardia; Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 (PSSR) approvato con d.c.r. 13.3.2002 n. VII/462: la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere l'attività professionale e garantisce il continuo adeguamento delle conoscenze e competenze al progresso clinico e scientifico;
15.8 Formazione, aggiornamento e sviluppo delle competenze	CODICE DEONTOLOGICO	Codice deontologico del Medico Chirurgo - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri” Art. 19 - Aggiornamento e formazione professionale permanente Il medico ha l'obbligo di mantenersi aggiornato in materia tecnico-scientifica, etico-deontologica e gestionale organizzativa, onde garantire lo sviluppo continua delle sue conoscenze e competenze in ragione dell'evoluzione dei progressi della scienza, e di confrontare la sua pratica professionale con i mutamenti dell'organizzazione sanitaria e della domanda di salute dei cittadini. Il medico deve altresì essere disponibile a trasmettere agli studenti e ai colleghi le proprie conoscenze e il patrimonio culturale ed etico della professione e dell'arte medica. Codice deontologico del Farmacista - Consiglio Nazionale della Federazione Ordini Farmacisti Italiani Art. 9 - Formazione permanente e aggiornamento professionale 1. La formazione permanente e l'aggiornamento sono presupposti per garantire l'appropriatezza e l'efficacia della prestazione professionale. 2. Il farmacista ha il dovere della formazione permanente e dell'aggiornamento professionale al fine di adeguare costantemente le proprie conoscenze al progresso scientifico, all'evoluzione normativa, ai mutamenti dell'organizzazione sanitaria e alla domanda di salute dei cittadini. 3. Il farmacista partecipa alle iniziative gratuite di formazione permanente e aggiornamento professionale alle quali la Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti o l'Ordine di appartenenza abbiano previsto la partecipazione. Codice deontologico del Biologo - Ordine Nazionale dei Biologi Art. 4 Il Biologo è tenuto a mantenere un livello adeguato di competenza professionale e a curare l'aggiornamento delle sue conoscenze. Nelle dichiarazioni pubbliche e, comunque, nei rapporti con i terzi adotta comportamenti misurati e proporzionati alle esigenze del caso, evitando ogni forma di esagerazione, di sensazionalismo o di superficialità. Riconosce quale suo obbligo primario quello di aiutare il pubblico o gli utenti a sviluppare giudizi, opinioni e scelte con cognizione di causa.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO		
		Codice deontologico del Chimico - Consiglio Nazionale dei Chimici art. 9 1. Nei rapporti con i collaboratori e i dipendenti il Chimico assicura ad essi condizioni di lavoro moralmente ed economicamente soddisfacenti, avendo cura della loro formazione professionale. Codice deontologico dello Psicologo - Ordine Nazionale Psicologi Articolo 5 Lo psicologo è tenuto a mantenere un livello adeguato di preparazione professionale e ad aggiornarsi nella propria disciplina specificatamente nel settore in cui opera. Riconosce i limiti della propria competenza ed usa, pertanto, solo strumenti teorico-pratici per i quali ha acquisito adeguata competenza e, ove necessario, formale autorizzazione. Lo psicologo impiega metodologie delle quali è in grado di indicare le fonti ed i riferimenti scientifici, e non suscita, nelle attese del cliente e/o utente, aspettative infondate. Codice deontologico dell'infermiere e dell'assistente sanitario - IPASVI - Federazione Nazionale Collegi Infermieri Articolo 11 L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati. Codice deontologico del logopedista - FLI - Federazione Logopedisti Italiani Art. 6 - Aggiornamento professionale 1. Il Logopedista è tenuto a mantenere la propria competenza professionale ai livelli ottimali mediante idoneo aggiornamento nel campo della ricerca scientifica logopedica ed interdisciplinare, nonché professionale in risposta alle esigenze sociali; dovrà essere stimolata la capacità di autocritica delle proprie conoscenze teoriche, delle proprie capacità professionali e della propria condotta personale. 2. Qualora non abbia esercitato la professione per più di 4 anni, è consigliabile la frequenza di un corso di formazione professionale post-diploma, di seminari di aggiornamento mirati alle necessità professionali, o - in alternativa - ad un programma di frequenza di un tirocinio guidato, la cui attestazione dovrà essere sottoposta al parere vincolante della commissione scientifica dell'Ordine professionale.
		Codice deontologico dell'ostetrica - FNCO - Federazione Nazionale Collegi Ostetriche 1.5 - L'ostetrica/o, responsabile della formazione e dell'aggiornamento del proprio profilo professionale, promuove e realizza in autonomia e in collaborazione la ricerca di settore. 2.4 - L'ostetrica/o cura con assiduità il proprio aggiornamento professionale scientifico e tecnico e contribuisce alle attività di formazione e aggiornamento delle/dei colleghe/i, degli altri professionisti sanitari e del personale di supporto. Codice deontologico del tecnico sanitario di radiologia medica - Federazione Nazionale Collegi Professionali Tecnici Sanitari di Radiologia Medica Il TRSM è il professionista che: 2.12 - caratterizza il suo esercizio professionale in modo da garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie secondo la migliore scienza ed esperienza. A tal fine, individua come strumenti appropriati la formazione continua, la ricerca e il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie. Oltre che come discente e docente, partecipa attivamente alla formazione continua attraverso la promozione, la progettazione e la realizzazione di specifici percorsi formativi. Codice deontologico del dietista - ANDID - Associazione Nazionale Dietisti CAPO I. Responsabilità professionale Sezione I - Aspetti generali Il Dietista partecipa alla formazione professionale permanente e alla ricerca. Diffonde i risultati con l'obiettivo del miglioramento continuo della professione. Sezione II - Aspetti professionali Il dietista impegnato in ambito clinico (per quanto attiene all'elaborazione, formulazione ed attuazione della dieta) deve: possedere una formazione specifica ed un aggiornamento continuo in ambito clinico. Codice deontologico dell'Educatore Professionale - ANEP - Associazione Nazionale Educatore Professionale 1. deve arricchire costantemente le proprie conoscenze e sviluppare le competenze personali e professionali attraverso l'aggiornamento permanente e la supervisione.
15.8 Formazione, aggiornam	FORMAZIONE OBBLIGATORIA SICUREZZA LAVORATORI	Dlgs. 81/08 art. 37 ACCORDO STATO REGIONI 21/11/2/2011 "Formazione obbligatoria dei lavoratori in materia di sicurezza e salute sul lavoro - art.37 c.2 Dlgs.81/2008 Dlgs 230/95 Dlgs 187/00

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Codice Requisiti Accredimento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
17	PROCESSO DI GESTIONE DEL MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZA			(PGM)				6.16.1 2.1.1 6.20.1	Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e della dematerializzazione Adeguamento ai requisiti di accreditamento	Organizzazione Struttura Organizzazione
S	PGM	16 Sviluppo e diffusione delle documentazione	1	L'organizzazione dispone di una procedura che definisce le modalità con cui viene redatta, codificata, verificata, approvata e diffusa tutta la documentazione.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPA206-E predisposto dalla Direzione un documento sulle politiche aziendali, in cui siano esplicitati la missione e gli obiettivi prioritari della struttura? OGPRO09-Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria?			
S	PGM	16 Sviluppo e diffusione delle documentazione	2	Sono formalizzate: le modalità e la frequenza di revisione della documentazione le modalità con cui si assicura che tale documentazione sia sempre facilmente fruibile dai destinatari.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPA206-E predisposto dalla Direzione un documento sulle politiche aziendali, in cui siano esplicitati la missione e gli obiettivi prioritari della struttura? OGPRO09-Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria?			
S	PGM	16 Sviluppo e diffusione delle documentazione	3	Un documento definisce le modalità di conservazione, di scarto e di eliminazione della documentazione quando possibile.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile					
S	PGM	16.1 Piano per il Miglioramento dell'Organizzazione e sua realizzazione	1	La Direzione Strategica approva annualmente il Piano per il Miglioramento che riguarda tutta l'organizzazione.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPA202-La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro, costituito da: a) la tipologia ed il volume di attività previste, b) il piano organizzativo? OGVQA02- Esiste una struttura organizzativa (o un responsabile, in relazione alla complessità dell'azienda) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità? OGVQA04-L'attività svolta per il/i progetto/i di valutazione e di verifica di qualità, è utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (TAC, RMN, Angioplastiche, ecc)? OGVQA07- Esistono almeno due programmi di miglioramento della qualità all'anno, uno dei quali riguarda una delle seguenti aree: - uso del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati; - controllo delle infezioni ospedaliere; - razionale utilizzo dei farmaci;- appropriatezza dei ricoveri; -appropriatezza delle indagini diagnostiche ad alto costo (TAC, RMN, Angioplastica ecc)? OGSIC03- Esiste una relazione, con aggiornamento annuale, sulla valutazione dei rischi? OGRIC17-I rapporti contrattuali tra professionisti sanitari e strutture sanitarie pubbliche o private sono improntati a criteri di appropriatezza, efficacia ed efficiente utilizzo delle risorse e non determinano, neppure in via indiretta, situazioni di conflitto di interesse , con riferimento ad aspetti sia economici che di beneficio per la progressione della qualifica e della carriera? OGRIC18-Nelle strutture per cui la legge lo prevede, è applicato il Codice Etico Comportamentale previsto dal decreto legislativo 231/2001? OGPV01-La Direzione definisce il fabbisogno di personale (in termini numerici per ciascuna professione o qualifica professionale, per posizione funzionale, per qualifica, in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività)?			
S	PGM	16.1 Piano per il Miglioramento dell'Organizzazione e sua realizzazione	2	La Direzione Strategica identifica i criteri di priorità nella definizione del Piano di Miglioramento dell'organizzazione.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile			7.1.1	Riesame delle autovalutazioni	Organizzazione
S	PGM	16.1 Piano per il Miglioramento dell'Organizzazione e sua realizzazione	3	Il Piano di Miglioramento collega fra loro gli aspetti relativi ai diversi ambiti applicabili all'organizzazione: Qualità, Risk Management, Accreditamento, Performance, Codice Etico Comportamentale (D.Lgs. 231/2001), Sicurezza (D.Lgs. 81/2008), Gestione Risorse Umane, Formazione, Risorse Informatiche, Risorse Tecnologiche (HTA), Appropriatelyzza, Esiti, Comunicazione, Qualità Percepita, Privacy e dei diritti del cittadino, Trasparenza e Anticorruzione, di commissione, comitati e organismi presenti in azienda ed ogni altro ambito si renda necessario in ottemperanza agli adempimenti cogenti, oltre ai progetti finanziati e progetti a valenza regionale.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile			6.3.1 6.13.1 6.12.1 6.14.1	% di giudizi positivi nelle rilevazioni di customer satisfaction Aggiornamento del codice etico (o codice etico-comportamentale) in riferimento a nuove fattispecie di reati o cambiamenti organizzativi aventi impatto sul codice stesso Indice di chiusura delle raccomandazioni / prescrizioni emesse dall'ODV con esito positivo Indice di chiusura delle azioni previste nel PTPC Piano Triennale Prevenzione e Corruzione e PTI Piano triennale Trasparenza e Integrità.	Organizzazione Organizzazione Organizzazione Organizzazione
S	PGM	16.1 Piano per il Miglioramento dell'Organizzazione e sua realizzazione	4	I responsabili riconosciuti dell'organizzazione, ciascuno per la propria competenza, collaborano all'elaborazione e alla realizzazione del Piano di Miglioramento.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					
S	PGM	16.1 Piano per il Miglioramento dell'Organizzazione e sua realizzazione	5	La Direzione Strategica dell'organizzazione identifica le specifiche responsabilità per la realizzazione del Piano di Miglioramento.	0 No documento 0,50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile					

Ordine	Area	Standard	Progressiva	Item	Legenda punteggio	Codice Requisiti Accredittamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero Indicatore	Indicatore	Ambito
S	PGM	16.1 Piano per il Miglioramento dell'Organizzazione e sua realizzazione	6	La Direzione Strategica dell'organizzazione identifica le responsabilità per il monitoraggio della realizzazione del Piano di Miglioramento.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile					
S	PGM	16.1 Piano per il Miglioramento dell'Organizzazione e sua realizzazione	7	La Direzione Strategica definisce i canali efficaci e la periodicità per le comunicazioni dei risultati del miglioramento e li documenta.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile					
S	PGM	16.2 Comunicazione e feed back al personale delle informazioni sul miglioramento.	1	Le informazioni sul Piano di Miglioramento dell'organizzazione sono comunicate al personale secondo le modalità definite.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGVQA11- Esiste almeno un momento all'anno di comunicazione, rivolta sia all'esterno che all'interno della struttura, dei risultati raggiunti nel miglioramento della qualità, dimostrato da relazione documentata?			
S	PGM	16.2 Comunicazione e feed back al personale delle informazioni sul miglioramento.	2	Le comunicazioni includono l'andamento dello sviluppo del Piano di Miglioramento dell'organizzazione.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					
S	PGM	16.3 Attività di monitoraggio e controllo e analisi dei dati	1	Sono definite le modalità di integrazione tra tutte le componenti delle attività di controllo e di misurazione per la gestione dell'organizzazione (ad esempio: qualità, Risk Management, Controllo di Gestione, Formazione, Comunicazione, Performance, D.Lgs. 231 e Codice Etico Comportamentale, D.Lgs. 81/2008, CIO, Piani di Manutenzione, contratti e ogni tipo di convenzione).	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		OGPA202-La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro, costituito da: a) la tipologia ed il volume di attività previste, b) il piano organizzativo? OGVQA02- Esiste una struttura organizzativa (o un responsabile, in relazione alla complessità dell'azienda) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità? OGVQA04- L'attività svolta per il/i progetto/i di valutazione e di verifica di qualità, è utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (TAC, RMN, Angioplastiche, ecc)? OGVQA07- Esistono almeno due programmi di miglioramento della qualità all'anno, uno dei quali riguarda una delle seguenti aree: - uso del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati; - controllo delle infezioni ospedaliere; - razionale utilizzo dei farmaci;- appropriatezza dei ricoveri; - appropriatezza delle indagini diagnostiche ad alto costo (TAC, RMN, Angioplastica ecc)? OGVQA11- Esiste almeno un momento all'anno di comunicazione, rivolta sia all'esterno che all'interno della struttura, dei risultati raggiunti nel miglioramento della qualità, dimostrato da relazione documentata? OGVQA12 -Esiste un elenco riepilogativo annuale, per settore (dipartimento, o area omogenea o unità operativa) delle azioni legali subite? OGSIC03- Esiste una relazione, con aggiornamento annuale, sulla valutazione dei rischi? OGRIC18- Nelle strutture per cui la legge lo prevede, è applicato il Codice Etico Comportamentale previsto dal decreto legislativo 231/2001?	6.19.1 6.6.1 6.13.1	Esiti degli audit interni e di parte terza Frequenza normalizzata di richieste di risarcimento sui giorni di degenza Aggiornamento del codice etico (o codice etico-comportamentale) in riferimento a nuove fattispecie di reati o cambiamenti organizzativi aventi impatto sul codice stesso	Organizzazione Organizzazione Organizzazione
S	PGM	16.3 Attività di monitoraggio e controllo e analisi dei dati	2	I controlli sono gestiti in una logica di integrazione e comunicazione tra tutti gli attori.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica					
S	PGM	16.3 Attività di monitoraggio e controllo e analisi dei dati	3	I dati sono aggregati, analizzati e trasformati in informazioni utili e resi disponibili	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile			6.9.1	Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria	Organizzazione
S	PGM	16.3 Attività di monitoraggio e controllo e analisi dei dati	4	La Direzione Strategica valuta i risultati dei controlli ai fini del miglioramento dell'organizzazione.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile			6.20.1 7.7.1	Riesame obiettivi a medio termine Riesame delle autovalutazioni	Organizzazione Organizzazione
S	PGM	16.3 Attività di monitoraggio e controllo e analisi dei dati	5	I risultati dell'analisi sono inviati dalla Direzione Strategica ai responsabili delle azioni da intraprendere.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica			6.9.1	Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria	Organizzazione

Ordine	Area	Standard	Progressiva	Item	Legenda punteggio	Codice Requisiti Accreditalmento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito	
S	PGM	16.4 Linee guida della pratica clinica e dei percorsi clinici per guidare l'assistenza clinica	1	L'organizzazione adotta il processo seguente per implementare le Linee Guida nella pratica clinica: a) adattamento delle Linee Guida mediante protocolli aziendali a: - popolazione trattata - tecnologie, farmaci e risorse dell'organizzazione - standard professionali comunemente utilizzati di riferimento; b) formale approvazione dell'organizzazione; c) applicazione da parte degli operatori formati d) misurazione periodica; e) aggiornamento sulla base delle novità emerse, delle evidenze e dalla valutazione degli esiti	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPRO01-In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali, è favorito l'utilizzo delle Linee guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche? OGPRO03a-Ogni unità organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni e linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo), informando il personale sull'esistenza di tali documenti, che devono essere accessibili? OGPRO03b-Presso ogni unità organizzativa sono a disposizione protocolli organizzativi inerenti la conservazione, gestione dei farmaci, dei dispositivi medici, le procedure per il richiamo dei farmaci e dei dispositivi medici e prodotti diagnostici? OGPRO11Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente? OGPRO12Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure: a) la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità; b) il prelievo, la conservazione, il trasporto di materiali organici da sottoporre ad accertamento; c) lo smaltimento dei rifiuti, d)le istruzioni operative di disinfezione e sterilizzazione; e)la gestione				
S	PGM	16.4 Linee guida della pratica clinica e dei percorsi clinici per guidare l'assistenza clinica	2	Sono conosciuti i percorsi e/o protocolli clinico assistenziali derivati dalle Linee Guida per standardizzare i processi.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile						
S	PGM	16.4 Linee guida della pratica clinica e dei percorsi clinici per guidare l'assistenza clinica	3	Nel Piano di Miglioramento è considerata la necessità di revisione e di emissione di documenti che guidano i processi clinico-assistenziali.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile			6.8.1	Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità		Organizzazione
S	PGM	16.4 Linee guida della pratica clinica e dei percorsi clinici per guidare l'assistenza clinica	4	Sono individuate le aree prioritarie sulle quali concentrare l'attenzione per l'utilizzo di Linee Guida, percorsi e/o protocolli clinici assistenziali.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile			6.8.1	Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità		Organizzazione
S	PGM	16.4 Linee guida della pratica clinica e dei percorsi clinici per guidare l'assistenza clinica	5	Per le aree prioritarie individuate è disponibile l'evidenza dell'aderenza ai protocolli e degli esiti derivanti dall'utilizzo delle Linee Guida.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile						
S	PGM	16.5 Indicatori chiave per monitorare le strutture, i processi e gli esiti (outcome) clinici e manageriali dell'organizzazione	1	La Direzione Strategica identifica le aree cliniche e manageriali obiettivo della misurazione e del miglioramento.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile			OGPA202-La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro, costituito da: a) la tipologia ed il volume di attività previste, b) il piano organizzativo? OGVQA02Esiste una struttura organizzativa (o un responsabile, in relazione alla complessità dell'azienda) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità? OGVQA11Esiste almeno un momento all'anno di comunicazione, rivolta sia all'esterno che all'interno della struttura, dei risultati raggiunti nel miglioramento della qualità, dimostrato da relazione documentata? OGSIC03Esiste una relazione, con aggiornamento annuale, sulla valutazione dei rischi? OGRIC18-Nelle strutture per cui la legge lo prevede, è applicato il Codice Etico Comportamentale previsto dal decreto legislativo 231/2001?			
S	PGM	16.5 Indicatori chiave per monitorare le strutture, i processi e gli esiti (outcome) clinici e manageriali dell'organizzazione	2	La misurazione fa parte del Piano di Miglioramento dell'organizzazione.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile			6.19.1	Esiti degli audit interni e di parte terza		Organizzazione
S	PGM	16.5 Indicatori chiave per monitorare le strutture, i processi e gli esiti (outcome) clinici e manageriali dell'organizzazione	3	Sono disponibili indicatori chiave per le seguenti aree: a) procedure cliniche assistenziali; b) uso di antibiotici e altri farmaci; c) errori di terapia e near miss della terapia farmacologica; d) uso di anestesia e sedazione; e) documentazione sanitaria; f) ciascun obiettivo internazionale e/o Raccomandazione Ministeriale in tema di sicurezza del paziente; g) efficienza gestionale dei processi amministrativi; h) controllo degli eventi che mettono a repentaglio la sicurezza: - dei pazienti - dei visitatori - degli operatori;	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile		2.3.1 3.2.1 3.4.1 5.4.1 1.1.1 6.5.1 6.11.1 6.18.1	Contaminazione da Legionella delle acque Tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa Stoccaggio elettroliti concentrati Frequenza infortuni Indicatore economico gestionale di bilancio Percentuale di implementazione delle raccomandazioni ministeriali % di prestazioni che rispettano i tempi di attesa indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing		Organizzazione Organizzazione Organizzazione Organizzazione Organizzazione Organizzazione	
S	PGM	16.5 Indicatori chiave per monitorare le strutture, i processi e gli esiti (outcome) clinici e manageriali dell'organizzazione	4	La scelta degli indicatori è basata su evidenze scientifiche e standard di riferimento.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica						

Ordine	Area	Standard	Progressiva	Item	Legenda punteggio	Codice Requisiti Accredittamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero Indicatore	Indicatore	Ambito
S	PGM	16.5 Indicatori chiave per monitorare le strutture, i processi e gli esiti (outcome) clinici e manageriali dell'organizzazione	5	La misurazione comprende indicatori di struttura, di processo e di esito (outcome).	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					
S	PGM	16.5 Indicatori chiave per monitorare le strutture, i processi e gli esiti (outcome) clinici e manageriali dell'organizzazione	6	Per ciascun indicatore sono definiti l'ambito di applicazione, la metodologia e la frequenza.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile					
S	PGM	16.5 Indicatori chiave per monitorare le strutture, i processi e gli esiti (outcome) clinici e manageriali dell'organizzazione	7	I dati della misurazione sono raccolti e utilizzati per valutare l'efficacia dei miglioramenti.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					
S	PGM	16.5 Indicatori chiave per monitorare le strutture, i processi e gli esiti (outcome) clinici e manageriali dell'organizzazione	8	I risultati del monitoraggio sono periodicamente diffusi, condivisi e valutati ai vari livelli di responsabilità dell'organizzazione.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile			7.1.1 6.7.1	Riesame delle autovalutazioni Evidenza oggettiva delle riunioni dei comitati aziendali	Organizzazione Organizzazione
S	PGM	16.6 Gestione degli Eventi Sentinella	1	La Direzione Strategica garantisce la diffusione in tutta l'organizzazione della definizione di evento sentinella	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	OGPAZ02-OGVQA02-OGSIC03-OGRIC18	OGPAZ02-La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro, costituito da: a) la tipologia ed il volume di attività previste, b) il piano organizzativo? OGVQA02-Esiste una struttura organizzativa (o un responsabile, in relazione alla complessità dell'azienda) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità? OGSIC03-Esiste una relazione, con aggiornamento annuale, sulla valutazione dei rischi? OGRIC18-Nelle strutture per cui la legge lo prevede, è applicato il Codice Etico Comportamentale previsto dal decreto legislativo 231/2001?			
S	PGM	16.6 Gestione degli Eventi Sentinella	2	La Direzione Strategica stabilisce la metodologia di segnalazione e gestione.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile					
S	PGM	16.6 Gestione degli Eventi Sentinella	3	Gli eventi sentinella sono segnalati al Ministero secondo le modalità previste	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					
S	PGM	16.6 Gestione degli Eventi Sentinella	4	L'organizzazione conduce una root cause analysis o un audit interno per tutti gli eventi sentinella entro i tempi stabiliti dal Ministero	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					
S	PGM	16.6 Gestione degli Eventi Sentinella	5	I responsabili riconosciuti adottano delle misure correttive sulla base dei risultati della root cause analysis o degli audit condotti	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					
S	PGM	16.7 Segnalazione e gestione dei near miss ed eventi avversi	1	La Direzione Strategica garantisce la diffusione in tutta l'organizzazione della definizione di mancato incidente o near miss e le tipologie di eventi da segnalare.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile		OGPAZ02-La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro, costituito da: a) la tipologia ed il volume di attività previste, b) il piano organizzativo? OGVQA02-Esiste una struttura organizzativa (o un responsabile, in relazione alla complessità dell'azienda) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità? OGSIC03-Esiste una relazione, con aggiornamento annuale, sulla valutazione dei rischi? OGRIC18-Nelle strutture per cui la legge lo prevede, è applicato il Codice Etico Comportamentale previsto dal decreto legislativo 231/2001?			
S	PGM	16.7 Segnalazione e gestione dei near miss ed eventi avversi	2	L'organizzazione stabilisce il processo per la segnalazione dei near miss e degli eventi avversi.	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'item NA Non applicabile					
S	PGM	16.7 Segnalazione e gestione dei near miss ed eventi avversi	3	I dati sono analizzati e sono adottate misure correttive e preventive per ridurre gli eventi avversi e near miss.	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					

Ordine	Area	Standard	Progressivo	Item	Legenda punteggio	Codice Requisiti Accredittamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
S	PGM	16.8 Analisi dei trend e delle variazioni indesiderate	1	L'analisi intensiva dei dati ha luogo quando si verificano livelli, andamenti o tendenze avversi.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	OGPAZ02 OGVQA02 OGSIC03 OGRIC18	OGPAZ02-La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro, costituito da: a) la tipologia ed il volume di attività previste, b) il piano organizzativo? OGVQA02Esiste una struttura organizzativa (o un responsabile, in relazione alla complessità dell'azienda) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità? OGSIC03Esiste una relazione, con aggiornamento annuale, sulla valutazione dei rischi? OGRIC18-Nelle strutture per cui la legge lo prevede, è applicato il Codice Etico Comportamentale previsto dal decreto legislativo 231/2001?			
S	PGM	16.8 Analisi dei trend e delle variazioni indesiderate	2	Tutte le reazioni trasfusionali accertate, laddove applicabile all'organizzazione, sono analizzate.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					
S	PGM	16.8 Analisi dei trend e delle variazioni indesiderate	3	Tutti gli eventi avversi gravi da farmaco, laddove applicabile e come definito dall'organizzazione, sono analizzati.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile			3.2.1	Tasso di segnalazione di sospetta reazione avversa	Organizzazione
S	PGM	16.8 Analisi dei trend e delle variazioni indesiderate	4	Tutti gli errori significativi di terapia, laddove applicabile e come definito dall'organizzazione, sono analizzati.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile			3.2.1	Tasso di segnalazione di sospetta reazione avversa	Organizzazione
S	PGM	16.8 Analisi dei trend e delle variazioni indesiderate	5	Tutte le discrepanze considerevoli, laddove applicabile, tra diagnosi preoperatoria e diagnosi post-operatoria sono analizzate.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					
S	PGM	16.8 Analisi dei trend e delle variazioni indesiderate	6	Eventi avversi o near miss durante i trattamenti riabilitativi laddove applicabile, sono analizzati.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					
S	PGM	16.8 Analisi dei trend e delle variazioni indesiderate	7	Eventi avversi o near miss durante l'uso di anestesia e sedazione moderata e profonda, laddove applicabile, sono analizzati.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					
S	PGM	16.8 Analisi dei trend e delle variazioni indesiderate	8	Eventi avversi o near miss collegati all'utilizzo di ausili e tecnologie applicate, laddove applicabile, sono analizzati.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					
S	PGM	16.8 Analisi dei trend e delle variazioni indesiderate	9	Altri eventi definiti dall'organizzazione sono analizzati.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile			6.6.1 6.15.1	Frequenza normalizzata di richieste di risarcimento sui giorni di degenza Segnalazioni in merito a mancati adempimenti sulla privacy	Organizzazione Organizzazione
S	PGM	16.9 Pianificazione dei fabbisogni informativi	1	L'organizzazione pianifica i fabbisogni informativi interni ed esterni e supporta i relativi processi utili per soddisfare tali bisogni.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile	OGSIN01 OGSIN02 OGSIN3a OGSIN5	OGSIN01-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 della azienda; fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza; rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati? OGSIN02-La Direzione assicura: l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione; la struttura del sistema informativo; le modalità di raccolta; la diffusione ed utilizzo delle informazioni; la valutazione della qualità del dato; l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole U.O., sezioni, uffici, ecc? OGSIN03a-E' individuato un referente del sistema informativo responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati? OGSIN05-Esiste un documento, con aggiornamento biennale, contenente l'analisi del flusso informativo in relazione alle informazioni interne, in entrata ed in uscita?	6.4.1	Standard di comunicazione esterna	Organizzazione
S	PGM	16.9 Pianificazione dei fabbisogni informativi	2	I flussi informativi istituzionali sono correttamente presidiati e gestiti con appropriatezza, completezza e puntualità.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile			6.10.1	Tempestività dei flussi informativi	Organizzazione

Ordine	Area	Standard	Progre ssiva	Item	Legenda punteggio	Codice Requisiti Accreditamento	Testo Requisiti accreditamento	Numero indicatore	Indicatore	Ambito
S	PGM	16.9 Pianificazione dei fabbisogni informativi	3	L'organizzazione definisce i principali indicatori di performance, sia clinici, sia manageriali, per i quali effettuare attività di benchmarking con database esterni, esplicitando le fonti e pubblicando periodicamente i risultati.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					
S	PGM	16.9 Pianificazione dei fabbisogni informativi	4	I dati, le informazioni, i report interni sono standardizzati, vengono puntualmente diffusi ai destinatari e vengono utilizzati per facilitare i processi decisionali e la definizione del programma di miglioramento dell'organizzazione.	0 Item non assolto 0,25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0,50 Applicato in parte 0,75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile					