



REGIONE TOSCANA  
GIUNTA REGIONALE

**ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 19-03-2012 (punto N 27 )**

Delibera

N 219

del 19-03-2012

*Proponente*

DANIELA SCARAMUCCIA

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

*Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)*

*Dirigente Responsabile MARCO MENCHINI*

*Estensore MANUELA FIORETTI*

*Oggetto*

Modifiche al decreto del Presidente della Giunta regionale 24 dicembre 2010, n. 61/R  
(Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51) in materia di  
autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie

*Presenti*

ENRICO ROSSI

SALVATORE ALLOCCA

ANNA RITA BRAMERINI

LUCA CECCOBAO

ANNA MARSON

RICCARDO NENCINI

GIANNI SALVADORI

CRISTINA SCALETTI

GIANFRANCO SIMONCINI

STELLA TARGETTI

*Assenti*

DANIELA

SCARAMUCCIA

ALLEGATI N°3

ALLEGATI

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
1	Si	Cartaceo+Digitale	Modifiche al dpr 61/R
A	Si	Cartaceo+Digitale	Requisiti di esercizio
E	Si	Cartaceo+Digitale	Requisiti di accreditamento



## LA GIUNTA REGIONALE

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

Visto il regolamento di attuazione emanato con decreto del Presidente della Giunta regionale 24 dicembre 2010, n. 61 (Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 “Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento” in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie) ai sensi dell’art. 48 della legge stessa;

Viste le modifiche al d.p.g.r. n. 61/R/2010 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie allegato al presente atto;

Visto il parere espresso in data 22 dicembre 2011 dalla Commissione regionale per la qualità e la sicurezza, costituita dal Consiglio sanitario regionale ai sensi dell’art. 40, comma 2, lettera b della L.R. 51/09;

Preso atto del parere espresso dal CTD nella seduta del 2 febbraio 2012;

Acquisito il parere di cui all’art. 16 del regolamento interno della Giunta regionale 15 novembre 2010, n. 2;

Richiamata la propria deliberazione n. 93 del 13 febbraio 2012 con la quale sono state approvate modifiche al regolamento emanato con decreto del Presidente della Giunta regionale 24 dicembre 2010 n. 61 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, al fine dell’acquisizione, ai sensi dello statuto regionale, del parere della competente commissione consiliare;

Visto il parere della competente commissione consiliare espresso nella seduta del 15 marzo 2012;

Acquisito l’ulteriore parere di cui all’art. 16 del regolamento interno della Giunta regionale 15 novembre 2010, n. 2;

**A VOTI UNANIMI**

### DELIBERA

1. di approvare le modifiche al decreto del Presidente della Giunta regionale 24 dicembre 2010, n. 61/R (Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, di cui all’allegato 1 e ai sub allegati A ed E.

Il presente atto, che per il suo contenuto deve essere portato a conoscenza della generalità dei cittadini, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale, ai sensi dell’art. 18, comma 2, lett. c, della L.R. 23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA  
IL DIRETTORE GENERALE  
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Dirigente Responsabile  
MARCO MENCHINI

Il Direttore Generale  
ANDREA LETO

Modifiche al decreto del Presidente della Giunta regionale 24 dicembre 2010, n. 61/R (Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie

Sommario

Preambolo

- Art. 1 – Modifiche all’articolo 21 del d.p.g.r. 61/R/2010
- Art. 2 – Modifiche all’articolo 28 del d.p.g.r. 61/R/2010
- Art. 3 – Modifiche all’articolo 30 del d.p.g.r. 61/R/2010
- Art. 4 – Modifiche all’articolo 31 del d.p.g.r. 61/R/2010
- Art. 5 – Sostituzione dell’allegato A del d.p.g.r. 61/R/2010
- Art. 6 – Sostituzione dell’allegato E del d.p.g.r. 61/R/2010
- Art. 7 – Norma transitoria
- Art. 8 – Entrata in vigore

Preambolo

La Giunta regionale

Visto l’articolo 117, comma sesto della Costituzione;

Visto l’articolo 42 dello Statuto;

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

Visto il decreto del Presidente della Giunta regionale 24 dicembre 2010, n. 61/R (Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie;

Visto il parere del Comitato tecnico di direzione espresso nella seduta del 2 febbraio 2012;

Visto i pareri delle competenti strutture di cui all’articolo 16 del regolamento interno della Giunta Regionale toscana 15 novembre 2010, n. 2;

Vista la preliminare deliberazione di adozione dello schema di regolamento n. 93 del 13 febbraio 2012;

Visto il parere favorevole della IV commissione consiliare espresso nella seduta del 15 marzo 2012;

Visti gli ulteriori pareri delle competenti strutture di cui all’articolo 16 comma 4 del regolamento interno della Giunta Regionale toscana 15 novembre 2010 n. 2;

Considerato quanto segue:

1. è opportuno che le aziende nel processo di accreditamento concentrino la loro azione sull'individuazione del possesso dei requisiti in generale senza distinzione tra specifici e comuni, distinzione che ha creato non poche difficoltà applicative richiedendo una diversa distribuzione di risorse umane che, nel contesto attuale caratterizzato da una forte contrazione economico-finanziaria, non è possibile realizzare;
2. l'attestazione del possesso dei requisiti di accreditamento in una percentuale unica, senza distinzione tra comuni e specifici, garantisce comunque il livello di qualità organizzativa richiesto ed è coerente con il sistema di accreditamento di cui alla l.r. 51/09 e con le singole specificità aziendali;
3. è necessario dare la possibilità alle aziende sanitarie di produrre un aggiornamento delle attestazioni già presentate ai sensi dell'articolo 28, comma 2 a seguito del nuovo metodo di calcolo sul possesso dei requisiti introdotto dal presente regolamento per il rilascio dell'accredimento. Le strutture sanitarie private in relazione alla numerosità delle tipologie di struttura e alla loro bassa complessità organizzativa non sono interessate, per la quasi totalità, al nuovo sistema di calcolo in quanto già tenute ad attestare un equivalente valore percentuale di requisiti da possedere;
4. è necessario estendere i termini di adeguamento per le strutture private che necessitano di tempi organizzativi superiori rispetto a quelli previsti a seguito dell'estensione alle case di cura private della possibilità di aderire al sistema di valutazione della performance, sistema che prevede la consegna degli esiti della valutazione nel mese di giugno 2012 consentendo un accreditamento delle strutture sanitarie private più completo e significativo;
5. è necessario apportare modifiche agli allegati A ed E del d.p.g.r. 61/R/2010 poiché la fase di prima applicazione prevista dall'articolo 28 ha evidenziato l'esigenza di una serie di interventi di perfezionamento dei requisiti maggiormente coerenti con le realtà aziendali;
6. è necessario garantire che i procedimenti di accreditamento delle strutture sanitarie private in corso si concludano secondo la normativa previgente;
7. è necessario inserire la clausola di immediata entrata in vigore del presente regolamento in considerazione della proroga della scadenza del rinnovo di accreditamento delle strutture sanitarie private;
8. il sistema di accreditamento di eccellenza che si baserà in particolare sull'innalzamento delle soglie di alcuni indicatori già presenti nell'accredimento istituzionale, sarà definito con un successivo atto regolamentare dopo aver acquisito le risultanze del tavolo tecnico Ministero Salute - Regioni che sta definendo criteri generali comuni a tutte le regioni per garantire uniforme applicazione del sistema dell'eccellenza in tutto il territorio nazionale;
9. di accogliere il parere della IV commissione consiliare e di adeguare conseguentemente il testo.

Approva il presente regolamento

Art. 1

#### Modifiche all'art. 21 del d.p.g.r. 61/R/2010

1. Il comma 3 dell'articolo 21 del decreto del Presidente della Giunta regionale 24 dicembre 2010, n. 61/R (Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51) è sostituito dal seguente:

“3. L'accreditamento istituzionale è rilasciato alle strutture sanitarie che raggiungono gli standard base per ogni singola struttura organizzativa funzionale per almeno il 70 per cento dei requisiti di cui al comma 1, comprensivi dei requisiti ritenuti essenziali.”.

#### Art. 2

#### Modifiche all'art. 28 del d.p.g.r. 61/R/2010

1. Dopo il comma 2 dell'articolo 28 del d.p.g.r. 61/R/2010 è inserito il seguente comma:  
“2 bis. Le strutture di cui al comma 1 possono aggiornare le attestazioni di cui al comma 2 circa il possesso dei requisiti di accreditamento entro il 31 dicembre 2012 in relazione al raggiungimento del 70 per cento dei requisiti di cui all'articolo 21, comma 3.”.
2. Nel comma 3 dell'articolo 28 del d.p.g.r. 61/R/2010 le parole “al comma 2” sono sostituite dalle seguenti: “ ai commi 2 e 2 bis.”.
3. Nel comma 4 dell'articolo 28 del d.p.g.r. 61/R/2010 le parole “al comma 2” sono sostituite dalle seguenti: “ai commi 2 e 2 bis.”

#### Art. 3

#### Modifiche all'art. 30 del d.p.g.r. 61/R/2010

1. Nel comma 1 dell'articolo 30 del d.p.g.r. 61/R/2010 le parole “31 marzo 2012” sono sostituite dalle seguenti: “31 luglio 2012.”.

#### Art. 4

#### Modifiche all'art. 31 del d.p.g.r. 61/R/2010

1. Il comma 2 dell'articolo 31 del d.p.g.r. 61/R/2010 è sostituito dal seguente:  
“2. Le strutture sanitarie private, ad eccezione di quelle accreditate dopo il 29 dicembre 2010, si adeguano ai requisiti di accreditamento di cui al presente regolamento entro il 31 luglio 2012, ivi comprese le strutture accreditate dopo il 29 dicembre 2010 ai sensi della legge regionale 23 febbraio 1999 n. 8 (Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento), ed entro il 31 luglio 2012 presentano istanza per il rinnovo dell'accreditamento.”.

#### Art. 5

#### Sostituzione dell'allegato A del d.p.g.r. 61/R/2010

1. L'allegato A del d.p.g.r. 61/R/2010 è sostituito dal primo allegato al presente regolamento.

#### Art. 6

#### Sostituzione dell'allegato E del d.p.g.r. 61/R/2010

1. L'allegato E del d.p.g.r. 61/R/2010 è sostituito dal secondo allegato al presente regolamento.

Art. 7

Norma transitoria

1. I procedimenti di rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie private in corso alla data di entrata in vigore del presente regolamento si concludono secondo la normativa previgente.

Art. 8

Entrata in vigore

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



## ALLEGATO A

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	3
<b>SEZIONE A - REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI TECNOLOGICI GENERALI</b> .....	6
<b>A1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI</b> .....	7
<b>A2 - REQUISITI STRUTTURALI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI GENERALI</b> .....	14
<b>SEZIONE B - REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI: PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b> .....	15
<b>B - REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE</b> .....	16
<b>SOTTOSEZIONE B1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI: PRESTAZIONI SPECIALISTICA DIAGNOSTICA AMBULATORIALI</b> .....	20
<b>B1 - REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE</b> .....	21
<b>B1.1 - MEDICINA DI LABORATORIO</b> .....	22
<b>B1.2 - RADIOLOGIA DIAGNOSTICA</b> .....	26
<b>B1.3 - MEDICINA NUCLEARE</b> .....	29
<b>B1.4 - CARDIOLOGIA</b> .....	32
<b>B1.5 - ENDOSCOPIA</b> .....	35
<b>B1.6 - RADIOTERAPIA</b> .....	38
<b>B1.7 - CHIRURGIA AMBULATORIALE</b> .....	40
<b>B1.8 - DIALISI</b> .....	43
<b>B1.9 - MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE</b> .....	45
<b>B1.10 - MEDICINA AD INDIRIZZO ESTETICO</b> .....	47
<b>B1.11 - PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA</b> .....	48
<b>B1.12 - MEDICINA DELLO SPORT</b> .....	55
<b>B1.13 - STRUTTURE DI GENETICA MEDICA</b> .....	59
LABORATORIO DI GENETICA MEDICA - B1.13a.....	59
SERVIZIO CLINICO DI GENETICA MEDICA - B1.13b.....	67
<b>B1.14 - STRUTTURE DI MEDICINA TRASFUSIONALE</b> .....	73
SERVIZI TRASFUSIONALI - B1.14a.....	73
UNITA' DI RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI - B1.14b .....	89
<b>SOTTOSEZIONE B2 - REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI: PRESTAZIONI DI BASE AMBULATORIALI</b> .....	98
<b>B2.1 - CENTRI E PRESIDII AMBULATORIALI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE</b> ..	99
<b>B2.2 - CENTRO DI SALUTE MENTALE</b> .....	102
<b>B2.3 - CONSULTORIO FAMILIARE</b> .....	105
<b>B2.4 - PRESIDII PER IL TRATTAMENTO DEI TOSSICODIPENDENTI (SERT) – CENTRO AMBULATORIALE</b> .....	107
<b>SEZIONE C - REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI: PRESTAZIONI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO PER ACUTI</b> .....	110

<b>C1 - REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI.....</b>	<b>111</b>
<b>C1.1 - PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO.....</b>	<b>116</b>
<b>C1.2 - RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (alta intensità di cure) .....</b>	<b>120</b>
<b>C1.3 - AREA DI DEGENZA .....</b>	<b>122</b>
<b>C1.4 - DAY - HOSPITAL.....</b>	<b>125</b>
<b>C1.5 - DAY - SURGERY .....</b>	<b>127</b>
<b>C1.6 - PUNTO NASCITA - BLOCCO PARTO.....</b>	<b>130</b>
<b>C1.7 - REPARTO OPERATORIO .....</b>	<b>137</b>
<b>C1.8 - FRIGOEMOTECA.....</b>	<b>140</b>
<b>C1.9 - ANATOMIA PATOLOGICA.....</b>	<b>141</b>
<b>C1.10 - GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO .....</b>	<b>143</b>
<b>C1.11 - SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE.....</b>	<b>145</b>
<b>C1.12 - SERVIZIO DI SANIFICAZIONE ATTREZZATURE, ARREDI E DI DISINFESTAZIONE .....</b>	<b>147</b>
<b>C1.13 - SERVIZIO CUCINA - DISPENSA.....</b>	<b>149</b>
<b>C1.14 - SERVIZIO LAVANDERIA - GUARDAROBA .....</b>	<b>151</b>
<b>C1.15 - SERVIZIO MORTUARIO .....</b>	<b>152</b>
<b>C1.16 - PRESIDIO AUTONOMO DI DAY SURGERY .....</b>	<b>154</b>
<b>C1.17 - CARDIOLOGIA INVASIVA.....</b>	<b>158</b>
<b>C1.18 - SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC).....</b>	<b>160</b>
<b>SEZIONE D - REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI: PRESTAZIONI A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO FASE POST-ACUTA .....</b>	<b>164</b>
<b>D1 - REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO IN FASE POST-ACUTA .....</b>	<b>165</b>
<b>D1.1 - PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI SOGGETTI PORTATORI DI DISABILITA' FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI .....</b>	<b>167</b>
<b>D1.2 - PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: CENTRO DIURNO PSICHIATRICO .....</b>	<b>171</b>
<b>D1.3 - PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA.....</b>	<b>173</b>
<b>D1.4 - STRUTTURE DI RIABILITAZIONE E STRUTTURE EDUCATIVO-ASSISTENZIALI PER I TOSSICODIPENDENTI.....</b>	<b>177</b>

# **INTRODUZIONE**

I requisiti sono articolati in 4 sezioni.

## **SEZIONE A**

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

A1 = Requisiti organizzativi generali:

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

A2 = Requisiti strutturali e tecnologie generali.

## **SEZIONE B**

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

La Sezione B è suddivisa in due sottosezioni:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **SEZIONE C**

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

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

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

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

## **SEZIONE D**

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

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

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

## **SEZIONE A**

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI TECNOLOGICI**

#### **GENERALI**

## REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

### POLITICA, OBIETTIVI, ED ATTIVITA'

*La Direzione aziendale provvede alla definizione delle politiche complessive dell'azienda ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare.*

*La Direzione deve esplicitare ai presidi, alle unità operative ed alle altre articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni assegnate agli stessi.*

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

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

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

Gli obiettivi:

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

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

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

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

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

### STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

## **GESTIONE RISORSE UMANE**

La Direzione definisce il fabbisogno di personale :

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

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

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

Deve essere indicato il responsabile della formazione-aggiornamento.

Deve essere predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale

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



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

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

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

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

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

## **GESTIONE RISORSE STRUTTURALI E IMPIANTISTICHE**

E' individuato un responsabile per gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti. Deve esistere un piano per la manutenzione programmata e correttiva riferito alle opere civili ed impiantistiche.

Devono essere documentati gli interventi effettuati.

## **GESTIONE RISORSE TECNOLOGICHE**

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

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

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

Si devono prevedere verifiche periodiche sullo stato delle attrezzature.

Deve essere garantita la presenza, il funzionamento e l'utilizzazione degli apparecchi vitali (definiti come quelli al cui funzionamento è affidata la vita del paziente e indicati in apposito elenco in riferimento al livello organizzativo dell'azienda) anche in caso di guasto prolungato, mediante sostituzione con altro apparecchio o procedura alternativa.

Deve esistere un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche.

Tale piano deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi.

Il piano della manutenzione preventiva e correttiva è predisposto dall'Azienda attraverso una pianificazione dettagliata dei metodi e dei mezzi (personale, strumentazione, eventuali contratti di manutenzione con ditte esterne), nonché degli strumenti di controllo dell'attività manutentiva.

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

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

Il piano di manutenzione preventiva, che deve essere realizzato al fine di garantire i necessari standard qualitativi delle prestazioni fornite e di sicurezza deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi per lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore.

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

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

Devono essere periodicamente eseguite e documentate prove strumentali sul funzionamento dei principali apparecchi biomedici utilizzati in condizioni critiche (ad esempio: ventilatori polmonari, apparecchi di anestesia, pompe d'infusione, defibrillatori, elettrobisturi, ecc.) e degli apparecchi che erogano radiazioni ionizzanti e che sono impiegati per la rilevazione di radiazioni ionizzanti al fine di verificarne la taratura delle principali funzioni.

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

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

*La Direzione è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di*

*erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute in questo stesso documento o nella normativa già emanata a livello nazionale o locale.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E' garantita la prevenzione dei rischi biologici.

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

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

## **SISTEMA INFORMATIVO**

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

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

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

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

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

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

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

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

Deve essere individuato un referente del sistema informativo responsabile delle procedure

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

## **INFORMAZIONE ALL'UTENZA**

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

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

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

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

In particolare quella esterna dovrà riportare almeno:

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

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

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

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

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

## **REQUISITI STRUTTURALI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI GENERALI**

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

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

In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.

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

## **SEZIONE B**

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI TECNOLOGICI SPECIFICI**

#### ***PRESTAZIONI AMBULATORIALI***

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

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

### **REQUISITI STRUTTURALI E IMPIANTISTICI**

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

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

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

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

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

spazi specifici per le funzioni direzionali;

spazi per l'attesa, accettazione, attività amministrative .

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



servizi igienici distinti per utenti e personale:

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

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

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

spazio/locale per la refertazione, ove necessario;

spazio/locali per deposito di materiale pulito;

spazio/locali per deposito di materiale sporco;

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

lavabo con comandi non manuali in sala visita;

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

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

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

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

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

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

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

- pulsiossimetro;
- aspiratore

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

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

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

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

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

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

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

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

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

il referto deve contenere:

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

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

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

– il referto deve essere consegnato all'utente.

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

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

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

## **SOTTOSEZIONE B1**

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI TECNOLOGICI SPECIFICI**

#### ***PRESTAZIONI SPECIALISTICA DIAGNOSTICA AMBULATORIALI***

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

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

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

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

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

## MEDICINA DI LABORATORIO

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

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

I servizi di medicina di laboratorio si distinguono in:

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

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

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

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

### REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

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

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

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

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

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

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

### **REQUISITI IMPIANTISTICI**

Nei locali per l'esecuzione delle analisi devono essere garantite idonee condizioni microclimatiche nel rispetto dei seguenti parametri:

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

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

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

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

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

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

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

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

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

In particolare:

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

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

Deve esistere un sistema di archiviazione che contenga almeno:

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

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

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

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

## **VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ**

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

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



Presso ogni laboratorio:

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

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

### **REQUISITI PUNTO DI PRELIEVO DECENTRATO**

Il punto di prelievo decentrato deve prevedere:

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

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

## **RADIOLOGIA DIAGNOSTICA**

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

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

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

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

### **REQUISITI STRUTTURALI**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **REQUISITI IMPIANTISTICI**

Nei locali di attività deve essere previsto un impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

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

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

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

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

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

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

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

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

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

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

un medico specialista in radiodiagnostica;

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

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

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

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

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

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

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

Prima della effettuazione della procedura diagnostica devono essere verificate:

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

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

## **MEDICINA NUCLEARE**

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

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

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

### **REQUISITI STRUTTURALI**

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

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

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

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

zona filtro con locali spogliatoio differenziati;

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

un locale destinato ad ospitare la gamma camera;

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

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

### **REQUISITI IMPIANTISTICI**

Impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- ricambi d'aria pari a 6 V/h
- $T = 20 - 26 \text{ }^{\circ}\text{C}$
- $U\% = 40 - 60\%$

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

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

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

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

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

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

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

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CARDIOLOGIA

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

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

### REQUISITI STRUTTURALI

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

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

#### ***Ecocardiografia:***

Per le strutture organizzative che effettuano Ecocardiografia Transesofagea ed Ecostress:

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

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

#### ***Ergometria:***

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

### REQUISITI TECNOLOGICI

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

#### ***Ecocardiografia:***



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

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

***Ergometria:***

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

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

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

***Elettrocardiografia Dinamica:***

Analizzatore;

registratore/i

elettrocardiografo a 3 canali

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

***Ecocardiografia:***

Deve essere garantita:

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

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

***Ecocardiografia Transesofagea, Ecostress, Ergometria:***

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

***Elettrocardiografia Dinamica:***

Durante il montaggio dell'apparecchiatura deve essere garantita:

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

## ENDOSCOPIA

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

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

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

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

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

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

### REQUISITI STRUTTURALI

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

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

un locale/spazio dedicato all'osservazione ;

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

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

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

### REQUISITI IMPIANTISTICI

Nella sala destinata all'endoscopia deve essere presente un impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

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

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

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

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

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

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

### ***Endoscopia Digestiva e Tracheobronchiale:***

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

un saturimetro digitale per sala endoscopica;

un lavaendoscopi o idonea attrezzatura per alta disinfezione;

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

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

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

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

nei casi di indagini effettuate in sedazione profonda e in anestesia generale oltre alla presenza del medico e dell'infermiere a supporto, in possesso entrambi di attestato BLS-D, è necessaria la presenza di un medico anestesista;

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

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

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

## **RADIOTERAPIA**

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

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

### **REQUISITI STRUTTURALI**

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

aree di attesa per gli utenti trattati;

una sala di simulazione;

un bunker di terapia;

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

un locale visita;

un locale per trattamenti farmacologici brevi;

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

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

### **REQUISITI IMPIANTISTICI**

Impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- ricambi d'aria pari a 6 V/h
- $T = 20 - 26 \text{ }^{\circ}\text{C}$
- $U\% = 40 - 60\%$

### **REQUISITI TECNOLOGICI**

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

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

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

apparecchiature per il controllo dosimetrico clinico.

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

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

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

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

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

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

attivazione di un sistema di controllo di qualità;

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

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

## CHIRURGIA AMBULATORIALE

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

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

### REQUISITI STRUTTURALI

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

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

zona preparazione personale addetto costituita da:

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

zona preparazione paziente:

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

locale chirurgico;

zona sosta paziente:

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

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

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

locale visita:

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

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



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

## **REQUISITI IMPIANTISTICI**

Nel locale chirurgico deve essere previsto un impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- ricambi d'aria pari a 3 V/h
- $T = 20 - 26 \text{ }^\circ\text{C}$
- $U\% = 40 - 60\%$

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

Nello spazio riservato alla preparazione del personale deve essere presente:

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

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

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

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

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

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

***Per ogni locale chirurgico:***

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

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

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

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

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

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

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

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

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

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

Nel caso in cui siano eseguiti interventi in anestesia generale

- deve essere assicurata la presenza di un anestesista fino a recupero dello stato di vigilanza del paziente
- devono essere definite e documentate le modalità secondo le quali è organizzata la reperibilità medica durante l'orario di chiusura del presidio
- devono essere rese note al paziente, per iscritto, le modalità per attivare il servizio di pronta disponibilità

## DIALISI

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

*L'ambulatorio di dialisi si distingue in tre tipologie:*

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

*B: ambulatorio intraospedaliero che tratta pazienti uremici cronici stabilizzati;*

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

### REQUISITI STRUTTURALI

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

Sala dialisi con annessi spogliatoi.

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

locale separato per visite e manovre di medicazione;

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

locale per stoccaggio e riparazione attrezzature dialitiche;

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

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

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

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

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

### REQUISITI IMPIANTISTICI

Nei locali di esecuzione dei trattamenti devono essere garantite idonee condizioni microclimatiche nel rispetto dei seguenti parametri:

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

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

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

un letto bilancia o poltrona bilancia per posto dialisi;

un preparatore singolo automatico per posto dialisi, in single pass, provvisto di modulo per ultrafiltrazione controllata e delle normali sicurezze per monitor da dialisi. La sua disinfezione può essere fatta a calore o chimicamente;

trattamento dell'acqua con demineralizzatore o con osmosi inversa;

deve essere garantita la continuità dell'alimentazione elettrica.

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

un'unità infermieristica ogni 2.5-3 pazienti in dialisi;

Durante le ore di trattamento non è necessaria la presenza costante del medico essendo sufficiente che un nefrologo sia consultabile. Le emergenze urgenze sono gestite secondo apposite procedure. Solo per la tipologia C il nefrologo deve essere presente nel presidio ospedaliero per tutta la durata del trattamento.

Ogni struttura si impegna a rispondere al debito informativo connesso al funzionamento del Registro Regionale dell'uremia-trapianti.

## **DIALISI PERITONEALE**

In caso di dialisi peritoneale sono individuati:

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

## **MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE**

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

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

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

### **REQUISITI STRUTTURALI**

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

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

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

### **REQUISITI TECNOLOGICI**

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

In particolare devono essere assicurate:

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

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

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

Comunque devono essere garantiti:

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

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

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

L'assistenza infermieristica e tecnico assistenziale deve essere documentata.

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

## **MEDICINA AD INDIRIZZO ESTETICO**

### **REQUISITI ULTERIORI PER L'AUTORIZZAZIONE**

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

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

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

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

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

Deve essere comunque garantita la presenza di almeno un medico.

## PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

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

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

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

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

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

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

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

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

*Tecniche adottate:*

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



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

*Tecniche adottate:*

*oltre a quelle previste dal livello 1, comprendono*

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

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

*Tecniche adottate:*

*oltre quelle previste dai livelli 1 e 2, comprendono*

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

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

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

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

## **REQUISITI STRUTTURALI**

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

### **Livello 1**

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

### **Livelli 2 e 3**

La dotazione specifica di ambienti è la seguente:

zona preparazione personale addetto, costituita da

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

zona preparazione paziente

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

locale chirurgico;

zona sosta paziente

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

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

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

locale visita

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

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

locale laboratorio

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

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

## **REQUISITI IMPIANTISTICI**

### **Livello 2**

Sia il locale laboratorio sia il locale chirurgico devono essere serviti da gruppo elettrogeno e gruppo di continuità. Per le caratteristiche dell'impianto di areazione vedi sezioni specifiche (rispettivamente B1.1 e B1.7)

Nello spazio riservato alla preparazione del personale deve essere presente:

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

### **Livello 3**

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

Il locale chirurgico deve possedere le seguenti caratteristiche:

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

Per le caratteristiche microclimatiche del locale laboratorio vedi B1.1

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

### **Livello 1**

Devono essere presenti:

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

### **Livello 2**

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

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

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

*Per ogni locale chirurgico:*

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

Devono inoltre essere presenti:

- due incubatori a CO<sub>2</sub>
- uno stereomicroscopio
- un invertoscopio con applicato micromanipolatore
- un sistema automatizzato programmabile per congelamento
- strumentario per prelievo ovociti
  
- strumentario chirurgico per prelievo di spermatozoi (in caso di prelievo percutaneo o biopsia testicolare).

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

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

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

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

### **Livello 3**

Oltre a quanto già previsto per il livello 2:

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

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Ogni struttura erogante prestazioni deve possedere i seguenti requisiti organizzativi:

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

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

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

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

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

## **Livello 1**

Deve essere garantita almeno la presenza di:

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

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

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

## **Livello 2**

Deve essere garantita almeno la presenza di:

- un medico specializzato in ginecologia,

- un medico specializzato in endocrinologia o urologia o discipline equipollenti con comprovata esperienza andrologica,
- un biologo o medico con documentata esperienza di fecondazione in vitro ed embriologia,
- pronta disponibilità di un anestesista garantita al momento del pick-up e del prelievo chirurgico degli spermatozoi,
- disponibilità di consulenza psicologica/psichiatrica, genetica ed endocrinologica.

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

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

### **Livello 3**

Oltre a quanto previsto per il livello 2:

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

–

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

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

Nel caso in cui siano eseguiti interventi in anestesia generale,

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

## MEDICINA DELLO SPORT

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

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

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

### **Strutture di primo livello**

*Ambulatori che svolgono:*

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

### **Strutture di secondo livello**

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

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

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

### **STRUTTURE DI PRIMO LIVELLO**

## **REQUISITI STRUTTURALI**

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

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

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

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

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

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

## **STRUTTURE DI SECONDO LIVELLO**

### **REQUISITI STRUTTURALI**

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

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

### **REQUISITI TECNOLOGICI**

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

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



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

Per l'effettuazione di prestazioni specialistiche:

#### Oculistica

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

#### Neurologia

- elettroencefalografo o protocollo di collaborazione con struttura specialistica esterna.

#### Otorinolaringoiatria

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

#### Cardiologia

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

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

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

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

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

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

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

### Protocolli e linee guida organizzative

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

Tali prestazioni devono, comunque, essere limitate a:

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

Devono esistere:

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

## STRUTTURE DI GENETICA MEDICA

### LABORATORIO DI GENETICA MEDICA - B1.13a

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

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

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

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

### REQUISITI STRUTTURALI

#### *Area di accettazione e prelievo*

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

#### *Area di registrazione e consulenza genetica*

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

#### *Area analitica*

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

#### **Ulteriori requisiti strutturali specifici dei laboratori di Citogenetica**

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

### **Ulteriori requisiti strutturali specifici dei laboratori di Genetica molecolare**

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

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

### **REQUISITI IMPIANTISTICI**

I locali laboratorio devono avere un impianto di climatizzazione con le caratteristiche definite nel B1.1

### **REQUISITI TECNOLOGICI**

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

Tutti gli strumenti indicati come "critici" in una lista dedicata devono essere presenti almeno in doppio, con collegamenti elettrici e allarmi indipendenti. Tale lista deve comunque includere: per i laboratori di citogenetica incubatore a CO<sub>2</sub>, microscopio; per il laboratori di genetica molecolare l'apparecchio da PCR; per tutti i laboratori congelatore -20 C° e frigorifero.

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

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

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

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

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

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

I seguenti processi organizzativi:

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

e i seguenti processi informativi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In particolare vengono adottate le seguenti misure:

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

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

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

Il documento di politica ed obiettivi del laboratorio deve contenere:

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

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

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

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

### ***Rapporti con gli utenti***

Il documento informativo per gli utenti deve contenere informazioni su:

- elenco/tipologia delle prestazioni erogate;
- modalità di accesso e prenotazione;

- tempi di attesa (per tipologia di prestazione qualora differiscano);
- modalità per la raccolta del consenso informato e degli eventuali dati clinici e genetici necessari;
- modalità per l'esecuzione del prelievo;
- modalità per la consegna dei risultati;
- assistenza agli utenti;
- numeri telefonici e indirizzo del servizio, indicazione del responsabile e dei referenti dei diversi settori.

Il documento informativo deve inoltre contenere:

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

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

Il consenso informato è previsto per ogni tipologia di esame

### ***Acquisizione servizi***

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

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

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

### ***Clinical competence e formazione***

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

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

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

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

### **Ulteriori requisiti formativi specifici dei Laboratori di Citogenetica**

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

### ***Qualificazione dei processi diagnostico assistenziali***

#### ***Accesso al Servizio***

Deve essere possibile la prenotazione telefonica delle prestazioni.

I LGM devono essere dotati di procedure per:

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

### ***Controllo di qualità e verifica dei risultati***

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

In particolare i Laboratori devono rispondere ai seguenti requisiti:

- controlli interni di qualità: ogni Laboratorio deve istituire una serie di standard di controlli per tutti i reagenti e le metodologie impiegate e deve conservarne documentazione (al riguardo si veda anche il punto relativo alla archiviazione)



- controlli esterni di qualità: ogni Laboratorio deve partecipare ad almeno un programma di controllo esterno di qualità per ogni categoria di analisi effettuata, a livello nazionale o internazionale, qualora disponibili.
- modalità di refertazione: ogni Laboratorio deve utilizzare una refertazione standardizzata contenente come elementi minimi:
  - la data del test
  - il numero identificativo del campione che ne permetta l'individuazione in modo univoco
  - il nome dell'individuo esaminato
  - la tecnica/tecniche impiegata/e
  - la data della risposta
  - i risultati del test
  - i valori di riferimento, ove possibile
  - la firma del dirigente responsabile dell'indagine e del responsabile della struttura
  - tutte le informazioni direttamente correlate ai risultati del test utili ad una corretta consulenza genetica.
- modalità di archiviazione dei dati: ogni Laboratorio deve allestire un archivio che comprenda elenchi permanenti dei soggetti testati per il tempo previsto dalla normativa vigente
- l'archivio deve comprendere almeno:
  - i registri di attività
  - un sommario dei risultati ottenuti
  - per le indagini citogenetiche, negativi fotografici o stampa o supporti magnetici
  - per le indagini di genetica molecolare, le relative membrane o autoradiografie o fotografie
  - i dati relativi ai test di controllo di qualità interno ed esterno
  - i dati del processo possono, in alternativa all'archivio cartaceo, essere salvati su file di computer purché vi sia anche una copia di backup per minimizzarne i rischi di perdita.

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

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

#### ***Verifica dei risultati***

I LGM devono possedere i seguenti indicatori minimi:

- percentuale di test genetici appropriati in rapporto alle raccomandazioni delle linee guida (per ogni anno di attività). Le indicazioni devono essere descritte nelle procedure che regolano i rapporti con i SCGM e con gli altri Servizi clinici/medici che usufruiscono delle prestazioni del LGM per tutto ciò che non è regolamentato dalle linee guida
- N. di reclami pervenuti annualmente da parte di Utenti o Servizi.

- il manuale di Laboratorio deve riportare l'indicazione della percentuale di fallimento colturale per ogni tipo di esame considerata valore critico al di sopra del quale devono essere attuate le opportune azioni correttive
- tempi di refertazione degli esami suddivisi per tipologia per periodi confrontabili di attività
- il manuale di Laboratorio deve riportare per ogni tipologia di esame l'indicazione del tempo-limite intercorrente tra inizio della fase analitica e consegna/spedizione del referto. Questo tempo-limite è il valore critico superato il quale devono essere attuate le opportune azioni correttive.

## **SERVIZIO CLINICO DI GENETICA MEDICA - B1.13b**

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

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

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

### **REQUISITI STRUTTURALI**

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

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

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

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

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

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

### **REQUISITI TECNOLOGICI**

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

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

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

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

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

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

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

I seguenti processi organizzativi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Rapporti con gli utenti***

Il documento informativo per gli utenti deve fornire informazioni su:

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

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

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

Il consenso informato è previsto per ogni tipologia di esame.

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

### ***Acquisizione servizi***

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

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

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

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

### ***Clinical competence e formazione***

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

*Gli obiettivi basilari della formazione sono:*

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

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

Devono essere documentati:

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

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

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

### ***Qualificazione dei processi diagnostico assistenziali***

#### **Accesso al servizio e percorso diagnostico-consulativo**

I SCGM devono possedere procedure per:

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

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

#### **Verifica dei risultati**

I SCGM devono possedere almeno i seguenti indicatori essenziali:

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

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



## STRUTTURE DI MEDICINA TRASFUSIONALE

### SERVIZI TRASFUSIONALI - B1.14a

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

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

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

### REQUISITI STRUTTURALI

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

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

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

Devono essere presenti almeno:

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

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

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

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

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

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

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

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

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

Per ogni postazione attiva deve essere disponibile una bilancia automatizzata.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

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

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

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

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

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

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

### ***PERSONALE E ORGANIZZAZIONE***

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

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

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

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

### ***GESTIONE DELLE TECNOLOGIE (Attrezzature e Sistemi Gestionali Informatici)***

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

Sono definite e attivate appropriate procedure per:

- la gestione controllata delle apparecchiature impiegate per la conservazione del sangue, degli emocomponenti e delle cellule staminali emopoietiche nel Servizio Trasfusionale e presso le Strutture esterne ad esso afferenti;
- la gestione degli allarmi relativi alle apparecchiature destinate alla conservazione di sangue intero, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche, nonché piani per l'evacuazione delle unità contenute in apparecchiature guaste o malfunzionanti;
- l'attivazione di piani di sorveglianza della funzionalità dei sistemi di controllo e di registrazione della temperatura (o livello di azoto per i criopreservatori di cellule staminali emopoietiche) e degli allarmi visivi e acustici delle suddette apparecchiature, nonché la sistematica verifica dello stato di taratura dei dispositivi impiegati per la misurazione della temperatura/livello di azoto;

- la gestione controllata delle apparecchiature impiegate per la conservazione di farmaci, reagenti e materiali impiegati per l'erogazione del servizio.

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

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

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

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

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

### ***GESTIONE DEI MATERIALI***

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

Sono disponibili procedure scritte per le attività di:

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

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

### ***ACCORDI E RELAZIONI CON TERZI***

Presso il Servizio Trasfusionale esiste l'evidenza documentale di accordi o convenzioni stipulati con terzi ai sensi di specifiche disposizioni normative o in relazione ad atti di programmazione regionale o nazionale (ad esempio: convenzioni con le Associazioni e Federazioni dei donatori di

sangue, accordi con altre strutture trasfusionali per l'approvvigionamento e/o la cessione di sangue o emocomponenti, contratti con l'industria convenzionata per il frazionamento del plasma ed il ritorno corrispettivo di farmaci plasmaderivati).

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

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

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

### ***VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ***

Sono disponibili procedure scritte per la gestione di:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***SISTEMA INFORMATIVO***

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

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

### ***PROGRAMMAZIONE DELLA RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI***

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

### ***SENSIBILIZZAZIONE, INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI***

Viene garantito ai donatori, in collaborazione con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue, adeguato materiale informativo in merito alle caratteristiche essenziali del sangue, degli



emocomponenti e dei prodotti emoderivati, ai benefici che i pazienti possono ricavare dalla donazione, nonché alle malattie infettive trasmissibili ed ai comportamenti e stili di vita che possono pregiudicare la sicurezza del ricevente e del donatore.

### ***SELEZIONE DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI***

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

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

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

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

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

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

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

### ***SELEZIONE DEL DONATORE DI CELLULE STAMINALI EMPOIETICHE (CSE)***

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

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

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

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

- in relazione alla destinazione delle CSE (uso terapeutico, uso per sperimentazione clinica, eliminazione in caso di non utilizzo per lo scopo a cui erano destinate);
- in relazione alla comunicazione al ricevente di eventuali esiti anomali degli accertamenti previsti, nel caso in cui l'identità del donatore sia nota al ricevente (Es. donatore familiare);
- in relazione alla somministrazione di fattori di crescita stimolanti la proliferazione e mobilitazione di CSE.

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

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

### ***RACCOLTA DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI E CSE PERIFERICHE***

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

In particolare, tali procedure definiscono le modalità per:

- la verifica sicura dell'identità del donatore e la sua corretta registrazione;
- l'ispezione dei dispositivi impiegati per la raccolta di sangue intero, emocomponenti e CSE periferiche, al fine di accertare l'assenza di difetti e/o alterazioni, preliminarmente e successivamente al prelievo;
- la detersione e disinfezione della cute precedenti la venipuntura finalizzata alla donazione del sangue intero, degli emocomponenti e delle CSE periferiche;
- l'effettuazione della raccolta allogena o autologa delle unità di sangue intero, di emocomponenti e di CSE periferiche;
- il controllo delle unità a fine procedura ed i criteri di valutazione della loro utilizzabilità in caso di interruzioni occorse durante le procedure di raccolta;
- le modalità di conservazione ed invio dei campioni per le indagini di laboratorio prelevati al momento della raccolta;
- l'invio al laboratorio di processazione, da parte del personale che ha effettuato la raccolta di CSE periferiche, di una relazione contenente le informazioni relative al prelievo definite dalla normativa vigente;

- l'identificazione documentata e rintracciabile del personale che ha effettuato le operazioni di raccolta;
- la registrazione dei dati relativi a tutte le procedure di prelievo, comprese quelle non completate.

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

Le eventuali articolazioni organizzative del Servizio Trasfusionale presso le quali viene effettuata la raccolta di sangue e di emocomponenti devono essere identificate con un codice univoco.

Viene garantito l'utilizzo di un sistema di identificazione ed etichettatura atto ad assicurare:

- l'univoca identificazione di ogni donatore, unità di sangue, emocomponente, sacca satellite dei sistemi di prelievo (prima della raccolta), frazione di emocomponente, emocomponente assemblato, unità di CSE e campione biologico associato alla donazione;
- il loro collegamento univoco alle registrazioni relative al donatore.

Durante la procedura di donazione viene assicurata al donatore la presenza di almeno un infermiere e la disponibilità di un medico del Servizio Trasfusionale, al fine di garantire assistenza adeguata anche in caso di complicazioni o di reazioni indesiderate.

### ***REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON LE UNITÀ DI RACCOLTA GESTITE DA ASSOCIAZIONI E FEDERAZIONI DONATORI SANGUE***

Le convenzioni/atti contrattuali che regolamentano i rapporti fra il Servizio Trasfusionale e le Unità di Raccolta ad esso collegate devono specificamente prevedere l'affidamento al Servizio Trasfusionale della responsabilità tecnica delle Unità di Raccolta stesse.

Sono disponibili protocolli/accordi scritti che regolamentano i rapporti fra il Servizio Trasfusionale e le Unità di Raccolta ad esso collegate, che definiscono:

- qualifiche e competenze professionali necessarie per le attività di raccolta del sangue intero e degli emocomponenti presso le Unità di Raccolta;
- livello di informazione ed educazione da fornire ai donatori;
- modalità operative per la gestione e selezione dei donatori e per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti;
- modalità operative per la conservazione, il confezionamento e il trasporto al Servizio Trasfusionale delle unità raccolte;
- attività di controllo/monitoraggio della qualità dei prodotti e delle attività da garantire;
- modalità operative per la gestione delle apparecchiature e dei materiali da impiegare per la raccolta e la conservazione temporanea del sangue e degli emocomponenti;
- flussi informativi previsti.

Sono disponibili procedure scritte per il controllo ed il monitoraggio, da parte del Servizio Trasfusionale, delle attività svolte dalle Unità di Raccolta ad esso collegate e del sangue intero e degli emocomponenti raccolti dalle stesse, nonché per l'avvio di eventuali azioni correttive e preventive.

### ***LAVORAZIONE, QUALIFICAZIONE BIOLOGICA E VALIDAZIONE SANGUE ED EMOCOMPONENTI***

Tutto il sangue intero allogenico raccolto viene sottoposto a separazione in emocomponenti. Eventuali deviazioni sono documentate e motivate.

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti introdotte nel processo, per lo svolgimento delle attività di lavorazione del sangue e degli emocomponenti destinati ad uso trasfusionale.

La produzione di plasma da inviare alla lavorazione farmaceutica viene effettuata in conformità alla normativa nazionale vigente, nonché ai requisiti stabiliti dalle norme comunitarie inerenti al plasma come materia prima per la produzione di farmaci plasmaderivati.

Sono disponibili procedure scritte per lo svolgimento delle attività di produzione di emocomponenti per uso non trasfusionale (Es. gel piastrinico, colla di fibrina, etc.).

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per il congelamento del plasma prodotto e per la sua conservazione successiva al congelamento.

Sono disponibili, ove applicabile, procedure scritte per le attività di congelamento e scongelamento dei globuli rossi e delle piastrine per uso trasfusionale, conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti.

Sono disponibili procedure scritte per la pianificazione ed esecuzione dei controlli di qualità degli emocomponenti prodotti, in riferimento a quanto previsto dalla normativa vigente. Il campionamento per i controlli di qualità degli emocomponenti deve essere statisticamente rappresentativo dei volumi di emocomponenti prodotti.

Sono disponibili procedure scritte che regolamentano le attività di qualificazione biologica degli emocomponenti allogenici, in applicazione di quanto definito dalla normativa vigente.

Le procedure relative ai test previsti dalla normativa vigente per la qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti sono formalizzate e convalidate prima della loro introduzione e riconvalidate a intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti.

Dette procedure definiscono:

- la gestione di anomalie e discrepanze dei risultati analitici rispetto ai valori di riferimento;
- la ripetizione delle indagini a fronte di test inizialmente reattivi e l'esecuzione di appropriati test di conferma a fronte di test ripetutamente reattivi;
- la gestione del donatore con risultati positivi, compresa la comunicazione delle relative informazioni ed il suo inserimento nel follow up clinico;
- misure atte a garantire che il sangue e gli emocomponenti i cui test di screening siano ripetutamente reattivi vengano esclusi dall'uso terapeutico e dalla consegna all'industria. Tali prodotti devono essere immediatamente segregati in uno spazio dedicato, fino allo smaltimento.

La trasmissione dei dati analitici relativi ai suddetti test dai sistemi diagnostici ai sistemi gestionali informatici deve essere effettuata con procedure che escludono passaggi di trascrizione manuale.

Sono disponibili procedure scritte per i test di immunoematologia eritrocitaria che prevedano specifiche modalità operative, controlli ed algoritmi decisionali per le indagini immunoematologiche in caso di prima donazione e di esposizione potenzialmente immunizzante.

Sono disponibili procedure scritte che regolamentano le attività di validazione degli emocomponenti allogenici, in applicazione di quanto definito dalla normativa vigente.

Prima della loro validazione, le unità di sangue e di emocomponenti devono essere bloccate operativamente ed essere conservate in spazi separati rispetto alle unità già validate.

Le registrazioni forniscono l'evidenza che, preliminarmente alla validazione delle unità di sangue e di emocomponenti, tutti gli elementi di registrazione documentale, di ammissibilità anamnestica e medica e di indagine diagnostica, soddisfano l'insieme dei criteri di autorizzazione al loro impiego clinico o industriale previsti dalla normativa vigente.

Tutte le unità di sangue e di emocomponenti devono essere validate da dirigenti all'uopo specificamente autorizzati da parte del responsabile del Servizio Trasfusionale.

Su tutte le unità di sangue e di emocomponenti validate, deve essere sistematicamente effettuato il controllo oggettivo informatizzato della corrispondenza univoca fra l'etichetta di prelievo e l'etichetta di validazione, tale da prevenire l'errata etichettatura finale delle unità.

Non possono essere assegnate, consegnate o distribuite unità di emocomponenti che non abbiano superato tale controllo.

Per la processazione, il controllo ed il rilascio di CSE, si fa riferimento alle specifiche normative vigenti in materia di cellule e tessuti umani.

### ***ETICHETTATURA***

Il sistema di etichettatura delle unità di sangue, di emocomponenti e di CSE periferiche raccolte, degli emocomponenti intermedi e di quelli finali deve garantire la presenza sui contenitori di tutte le informazioni necessarie alla loro identificazione, quali prescritte dalla normativa vigente.

Le etichette devono essere generate dai sistemi gestionali informatici con garanzia di associazione univoca tra donatore, unità, risultati analitici e, in fase di assegnazione e consegna, riceventi.

L'etichettatura delle unità autologhe di sangue, emocomponenti e CSE deve essere conforme alle prescrizioni della normativa vigente.

L'etichettatura dei campioni biologici per i test analitici sui donatori deve essere effettuata in modo da garantire l'univoca associazione con i donatori e le donazioni cui i campioni stessi sono associati.

Le etichette utilizzate devono essere idonee allo specifico impiego secondo la normativa vigente.

L'etichettatura viene effettuata con modalità ed in ambienti atti a minimizzare il rischio di scambi ed errori.

### ***ASSEGNAZIONE, CONSEGNA E DISTRIBUZIONE SANGUE ED EMOCOMPONENTI***

Sono disponibili documenti, destinati alle strutture di diagnosi e cura che fanno riferimento al Servizio Trasfusionale, approvati dal Comitato per il buon uso del sangue, nonché approvati e diffusi alle suddette strutture dalla direzione sanitaria, che, secondo quanto definito dalla normativa vigente, definiscono le modalità e/o i criteri:

- con cui il Servizio Trasfusionale assicura la consulenza trasfusionale;
- per l'assegnazione degli emocomponenti in routine e in urgenza-emergenza;
- per l'identificazione univoca del paziente e dei campioni biologici destinati ai test di compatibilità pre-trasfusionale ai fini dell'abbinamento univoco fra richiesta trasfusionale, paziente e campioni;
- per l'invio delle richieste trasfusionali e dei relativi campioni biologici per i test di compatibilità pre-trasfusionale;
- per il ritiro e trasporto delle unità di emocomponenti;
- per la gestione degli emocomponenti all'interno delle strutture;

- per la effettuazione delle trasfusioni di emocomponenti, con particolare riferimento alla identificazione univoca del paziente, all’abbinamento certo dello stesso con le unità di emocomponenti da trasfondere, nonché alla definizione delle specifiche responsabilità;
- per la restituzione al Servizio Trasfusionale delle unità di emocomponenti non trasfuse;
- per la gestione delle attestazioni comprovanti gli esiti della trasfusione, compresa la segnalazione di incidenti, reazioni indesiderate ed eventi avversi evitati (near miss), correlati al percorso trasfusionale;
- per l’accesso ai servizi di emoteca collegati, ove esistenti.

Sono disponibili raccomandazioni/linee guida per l’utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei farmaci plasmaderivati, destinate alle strutture di diagnosi e cura che fanno riferimento al Servizio Trasfusionale, approvate dal Comitato per il buon uso del sangue e delle cellule staminali da sangue cordonale e formalmente diffuse alle suddette strutture a cura della direzione sanitaria.

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente e preventivamente convalidate, per le attività di assegnazione e consegna delle unità di sangue e di emocomponenti e per il loro eventuale rientro.

Tali procedure definiscono le modalità di:

- valutazione della appropriatezza delle richieste trasfusionali;
- selezione delle unità da assegnare, in regime di routine o di emergenza-urgenza;
- scelta delle indagini finalizzate ad accertare la compatibilità tra donatore e ricevente;
- attivazione di meccanismi idonei a garantire la verifica della destinazione finale di ogni unità consegnata;
- gestione della restituzione delle unità non trasfuse al Servizio e delle attestazioni comprovanti la loro integrità e corretta conservazione;
- gestione delle segnalazioni di reazioni indesiderate o incidenti correlati alla trasfusione, deviazioni di processo e near miss ricevute;
- assegnazione/consegna delle unità in caso di blocco o malfunzionamento del sistema gestionale informatico;
- assegnazione e consegna di farmaci plasmaderivati, ove applicabile.

Il Servizio Trasfusionale garantisce le attività di assegnazione e consegna delle unità di emocomponenti 24 ore su 24.

Sono disponibili documenti che definiscono la consistenza quali-quantitativa delle scorte di emocomponenti, in relazione ai fabbisogni pianificati e alle strutture/articolazioni collegate al Servizio Trasfusionale.

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente e preventivamente convalidate, per le attività di distribuzione delle unità di emocomponenti ad altri Servizi

Trasfusionali e per l'invio del plasma all'industria convenzionata per la lavorazione farmaceutica del plasma.

Le attività di confezionamento e consegna del plasma destinato all'industria, ivi incluse le certificazioni generali dei lotti di plasma e quelle per singola unità associate alle consegne, sono effettuate in conformità alle disposizioni normative e linee guida nazionali e comunitarie vigenti.

### ***CONSERVAZIONE E TRASPORTO SANGUE ED EMOCOMPONENTI***

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente e preventivamente convalidate, per la conservazione, il confezionamento ed il trasporto del sangue e degli emocomponenti a qualunque uso siano destinati, atte a garantire il mantenimento delle caratteristiche biologiche e qualitative degli stessi durante l'intero periodo di lavorazione e stoccaggio, nonché la tutela della sicurezza degli operatori e dell'ambiente.

Tali procedure definiscono anche la gestione delle unità scadute e delle unità a carico delle quali, durante la conservazione, siano rilevate anomalie che ne compromettono l'utilizzabilità.

Le unità autologhe e le unità raccolte e preparate per scopi specifici devono essere conservate separatamente.

### ***RINTRACCIABILITÀ***

Il Servizio Trasfusionale deve garantire che il sistema di rintracciabilità in vigore consenta di stabilire dove e in che fase di lavorazione si trovano il sangue, gli emocomponenti e le cellule staminali emopoietiche.

Viene garantita la rintracciabilità di tutte le informazioni atte a ricostruire il percorso trasfusionale, dalla donazione alla trasfusione, mediante accurate procedure di identificazione, di registrazione e di etichettatura conformi alla normativa vigente.



## **UNITA' DI RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI - B1.14b**

*Per Unità di raccolta si intendono le strutture incaricate della raccolta, previa autorizzazione delle regioni o province autonome competenti, gestite dalle associazioni dei donatori volontari di sangue convenzionate e costituite ai sensi della normativa vigente; le unità di raccolta, gestite singolarmente o in forma aggregata dalle predette associazioni, operano sotto la responsabilità tecnica del servizio trasfusionale di riferimento.*

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

### **REQUISITI STRUTTURALI**

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

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

I locali e gli spazi delle Unità di Raccolta fisse devono essere commisurati alle tipologie e ai volumi delle prestazioni erogate.

Nelle Unità di Raccolta fisse devono essere presenti almeno:

- un'area per attesa e accettazione dei donatori di sangue e di emocomponenti;
- un locale destinato al colloquio e alla valutazione delle condizioni generali di salute del donatore per la definizione del giudizio di idoneità alla donazione, tale da tutelare il diritto del donatore alla privacy e da garantire la confidenzialità necessaria per una corretta e completa acquisizione delle informazioni anamnestiche rilevanti ai fini della sicurezza dei prodotti del sangue;
- un locale destinato alla raccolta del sangue intero e, ove applicabile, di emocomponenti da aferesi, strutturato in modo tale da salvaguardare la sicurezza dei donatori e del personale e da prevenire errori nelle procedure di raccolta;
- un'area destinata al riposo/ristoro post-donazione;
- un'area per lo stoccaggio dei materiali e dei dispositivi da impiegare;
- un'area destinata a deposito temporaneo sicuro dei residui, dei materiali e dei dispositivi utilizzati, nonché del sangue e degli emocomponenti a qualunque titolo scartati;
- servizi igienici separati per utenti e personale.

Le Unità di Raccolta mobili (autoemoteche) devono avere dimensioni adeguate ed essere atte a garantire l' idoneità all'uso previsto, con specifico riferimento alla esigenza di consentire lo svolgimento delle attività in ordine logico, al fine di contenere il rischio di errori, nonché operazioni di pulizia e manutenzione atte a minimizzare il rischio di contaminazioni.

Nelle Unità di Raccolta mobili deve essere garantita l' idoneità dei locali prima dell' utilizzo, ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti.

Nelle Unità di Raccolta mobili, devono essere garantite almeno:

- un' area di accettazione;
- un' area destinata al colloquio e alla valutazione delle condizioni generali di salute del donatore, tale da tutelare il diritto del donatore alla privacy e da garantire la confidenzialità necessaria;
- un' area destinata alla raccolta del sangue intero e, ove applicabile, di emocomponenti da aferesi, strutturata in modo tale da salvaguardare la sicurezza dei donatori e del personale e da prevenire errori nelle procedure di raccolta;
- uno spazio per lo stoccaggio del materiale e dei dispositivi da impiegare;
- uno spazio per il deposito temporaneo sicuro dei residui, dei materiali e dispositivi utilizzati, nonché del sangue e degli emocomponenti a qualunque titolo scartati;
- adeguata illuminazione, ventilazione e climatizzazione;
- adeguata alimentazione elettrica;
- un lavabo per il lavaggio delle mani;
- adeguati strumenti di comunicazione con il Servizio Trasfusionale cui l' unità mobile afferisce.

Per le Unità di Raccolta mobili devono essere assicurate soluzioni atte a garantire l' attesa e il riposo/ristoro dei donatori in condizioni adeguate.

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

Per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti devono essere utilizzati dispositivi di prelievo conformi alla normativa vigente.

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

Per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti devono essere utilizzati lettini o poltrone da prelievo atti a garantire le basilari manovre di primo soccorso.

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

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

Per ogni postazione attiva deve essere disponibile una bilancia automatizzata.

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

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

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

E' disponibile una apparecchiatura per la conservazione a temperatura controllata del sangue e degli emocomponenti raccolti, in relazione alle specifiche indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

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

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

Per il trasporto del sangue e degli emocomponenti devono essere disponibili apparecchiature o sistemi atti a garantire l'integrità e la preservazione delle proprietà biologiche dei prodotti, preventivamente convalidati e periodicamente riconvalidati per la capacità di mantenere le temperature di esercizio definite secondo le specifiche ed indicazioni tecniche del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

Tutte le dotazioni tecnologiche devono essere conformi alle indicazioni e caratteristiche tecniche fornite dal responsabile del Servizio Trasfusionale cui la Unità di Raccolta afferisce.

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

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

L'Unità di Raccolta deve istituire e mantenere un Sistema di gestione per la qualità, in raccordo con il sistema di gestione per la qualità del Servizio Trasfusionale cui afferisce.

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

Le procedure relative alla conservazione e al trasporto del sangue e degli emocomponenti vengono convalidate prima di essere introdotte e riconvalidate ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti secondo le specifiche ed indicazioni tecniche del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

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

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

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

***PERSONALE E ORGANIZZAZIONE***

L'Associazione o Federazione dei donatori di sangue titolare dell'autorizzazione all'esercizio delle attività designa la persona responsabile dell'Unità di Raccolta, conformemente alla normativa vigente, e ne comunica il nominativo alle autorità competenti della regione/provincia autonoma e al Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

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

Devono essere descritte le competenze necessarie del personale che interviene nelle attività di raccolta di sangue ed emocomponenti.

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

Il possesso della qualifica e delle competenze richieste deve essere verificato e formalmente attestato, per ogni singolo operatore, dalla persona responsabile della Unità di Raccolta, sulla

base delle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

### ***GESTIONE DELLE TECNOLOGIE (Attrezzature e Sistemi Gestionali Informatici)***

Le apparecchiature impiegate per la raccolta e per la conservazione del sangue e degli emocomponenti devono essere qualificate, nell'ambito di procedure convalidate, prima della loro introduzione, ad intervalli prestabiliti e a fronte di modifiche rilevanti, con riferimento alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

Sono documentate le specifiche applicabili e le attività di controllo per le attrezzature critiche (quali ad esempio: apparecchiature per la raccolta di sangue e di emocomponenti, apparecchiature per la conservazione di sangue/emocomponenti e, ove applicabile, per la conservazione di materiali e farmaci, apparecchiature per misurazione e controllo), con riferimento alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

Nel caso in cui le attività di raccolta del sangue ed emocomponenti siano supportate da sistemi gestionali informatici, gli stessi devono essere adottati previa condivisione con il responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce.

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

Sono disponibili manuali o istruzioni scritte per l'uso dei sistemi gestionali informatici impiegati per la raccolta di sangue ed emocomponenti.

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

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

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

### ***GESTIONE DEI MATERIALI***

I materiali ed i reagenti che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue e degli emocomponenti, compresi quelli impiegati per il loro confezionamento e trasporto, devono provenire da fornitori autorizzati e, ove applicabile, devono rispondere alla normativa vigente.

Essi devono essere qualificati prima del loro impiego, al fine di accertarne l' idoneità rispetto all'uso previsto.

Sono disponibili procedure scritte per le attività di:

- verifica di conformità dei materiali che influiscono sulla qualità e la sicurezza del prodotto e delle attività;
- segregazione dei materiali difettosi, obsoleti o comunque non utilizzabili;
- registrazione dei lotti e delle scadenze dei materiali critici.

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

### ***ACCORDI E RELAZIONI CON TERZI***

Sono formalizzati specifici accordi che regolamentano eventuali attività esternalizzate, consentite dalla normativa vigente.

### ***VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ***

Sono disponibili procedure scritte per la gestione di:

- deviazioni di processo e non conformità di prodotto;
- incidenti connessi alla raccolta di sangue intero ed emocomponenti;
- reazioni indesiderate associate alla raccolta di sangue intero ed emocomponenti;
- eventi indesiderati evitati (near miss).

Tutte le reazioni indesiderate gravi e gli incidenti gravi correlati alle attività di raccolta di sangue intero ed emocomponenti devono essere documentati, gestiti e notificati al Servizio Trasfusionale di riferimento secondo le indicazioni ricevute dal Servizio stesso.

E' predisposto un sistema finalizzato a garantire l'avvio di azioni correttive e preventive in caso di deviazioni del processo, non conformità del sangue intero e degli emocomponenti, incidenti e reazioni indesiderate ed eventi indesiderati evitati (*near miss*), atte a prevenire il loro ripetersi.

Vengono effettuati periodicamente, in raccordo con la funzione qualità del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce, audit della qualità su tutte le fasi operative, allo scopo di verificare la rispondenza alle disposizioni normative vigenti, agli standard e alle procedure definite, influenti sulla qualità e sicurezza dei prodotti e servizi erogati.

Il responsabile dell'Unità di Raccolta effettua periodiche revisioni dei risultati relativi ai prodotti e alle attività svolte, con lo scopo di individuare eventuali problemi di qualità che richiedono l'avvio di azioni correttive o di evidenziare tendenze sfavorevoli che richiedono azioni preventive.

### ***SISTEMA INFORMATIVO***

Il sistema informativo dell'Unità di Raccolta deve assicurare la raccolta e la trasmissione al Servizio Trasfusionale di riferimento di tutti i dati e le informazioni di pertinenza conformemente alla normativa vigente, nonché di ogni altra informazione inerente alle attività svolte richiesta dal responsabile del Servizio Trasfusionale stesso.

### ***REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON IL SERVIZIO TRASFUSIONALE DI RIFERIMENTO***

Le convenzioni/atti contrattuali che regolamentano i rapporti fra il Servizio Trasfusionale e l'Unità di Raccolta ad esso collegata devono specificamente prevedere che la stessa opera sotto la responsabilità tecnica del Servizio Trasfusionale cui essa afferisce.

L'Unità di Raccolta acquisisce dal Servizio Trasfusionale di riferimento procedure/accordi scritti che descrivono:

- qualifiche e competenze professionali necessarie per le attività di raccolta del sangue intero e degli emocomponenti presso l'Unità di Raccolta;
- livello di informazione ed educazione da fornire ai donatori;
- modalità operative per la gestione e selezione dei donatori e per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti;
- modalità operative per la conservazione e l'invio al Servizio delle unità raccolte;
- attività di controllo/monitoraggio della qualità dei prodotti e delle attività da garantire;
- modalità operative per la gestione delle apparecchiature da impiegare per la raccolta e delle frigoemoteche in dotazione alle Unità di Raccolta;
- modalità operative per la gestione dei materiali da impiegare per la raccolta e la conservazione del sangue e degli emocomponenti;
- flussi informativi previsti.

### ***PROGRAMMAZIONE DELLA RACCOLTA SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI***

Sono disponibili documenti che descrivono criteri e modalità per la programmazione della raccolta di sangue intero ed emocomponenti presso l'Unità di Raccolta, definiti in collaborazione con il Servizio Trasfusionale di riferimento in relazione alla programmazione regionale.

### ***SENSIBILIZZAZIONE, INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI***

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

### ***SELEZIONE DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI***

Sono disponibili linee guida/protocolli scritti che definiscono criteri e modalità per l'accertamento dell'idoneità del donatore alla donazione di sangue e di emocomponenti e le

modalità di svolgimento delle procedure di selezione, in conformità alla normativa vigente e alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento.

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

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

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

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

Sono disponibili procedure scritte per la comunicazione al donatore di qualsiasi risultato anomalo emerso dalle indagini diagnostiche effettuate, dell'esclusione temporanea, del richiamo, della riammissione e dell'esclusione definitiva, ove gli accordi con il Servizio Trasfusionale di riferimento prevedano la delega formalizzata di queste funzioni al responsabile dell'Unità di Raccolta.

Sono disponibili procedure scritte per la gestione del donatore non idoneo, conformemente alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento.

L'Unità di Raccolta fornisce la necessaria collaborazione al Servizio Trasfusionale di riferimento per l'effettuazione di indagini retrospettive (*look back*) su donatori risultati positivi alla ricerca dei marcatori di malattie trasmissibili con la trasfusione o coinvolti in casi di presunta trasmissione di infezione con la trasfusione o altre in altre reazioni trasfusionali indesiderate gravi.

### ***RACCOLTA DI SANGUE INTERO E DI EMOCOMPONENTI***

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente per lo svolgimento delle attività di raccolta di sangue e di emocomponenti e definite secondo le indicazioni del Servizio Trasfusionale di riferimento, atte a garantire la qualità e la sicurezza dei prodotti, nonché la sicurezza dei donatori e degli operatori.

In particolare, tali procedure definiscono le modalità per:

- la verifica sicura dell'identità del donatore e la sua corretta registrazione;



- l’ispezione dei dispositivi impiegati per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti, al fine di accertare l’assenza di difetti e/o alterazioni, preliminarmente e successivamente al prelievo;
- la detersione e disinfezione della cute precedenti la venipuntura finalizzata alla donazione del sangue intero e degli emocomponenti;
- l’effettuazione della raccolta di sangue intero e di emocomponenti;
- il controllo delle unità a fine procedura ed i criteri di valutazione della loro utilizzabilità in caso di interruzioni occorse durante le procedure di raccolta;
- le modalità di conservazione ed invio dei campioni per le indagini di laboratorio prelevati al momento della raccolta;
- l’identificazione documentata e rintracciabile del personale che ha effettuato le operazioni di raccolta;
- la registrazione dei dati relativi ad ogni procedura di prelievo di sangue intero ed emocomponenti, comprese quelle non completate.

L’Unità di Raccolta e le eventuali relative articolazioni organizzative devono essere identificate con codici univoci che possano essere correlati ad ogni unità di sangue o emocomponente raccolta, conformemente alla normativa vigente e alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento.

Viene garantito l’utilizzo di un sistema di identificazione ed etichettatura, secondo le indicazioni fornite dal Servizio Trasfusionale di riferimento, atto ad assicurare:

- l’univoca identificazione di ogni donatore, unità di sangue ed emocomponente, sacca satellite dei sistemi di prelievo (prima della raccolta) e campione biologico associato alla donazione;
- il loro collegamento univoco alle registrazioni relative al donatore.

Durante la procedura di donazione viene assicurata al donatore la presenza di almeno un infermiere e un medico in possesso delle qualifiche e delle competenze richieste, al fine di garantire assistenza adeguata anche in caso di complicazioni o di reazioni indesiderate.

### ***CONSERVAZIONE E TRASPORTO SANGUE ED EMOCOMPONENTI***

Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente e alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento, preventivamente convalidate e periodicamente riconvalidate, per la conservazione del sangue e degli emocomponenti, idonee a garantire il mantenimento delle caratteristiche biologiche e qualitative degli stessi durante l’intero periodo di stoccaggio, nonché la tutela della sicurezza degli operatori e dell’ambiente.

Tali procedure definiscono anche la gestione delle unità a carico delle quali, durante la conservazione, siano rilevate anomalie che ne compromettono l’utilizzabilità.

### ***RINTRACCIABILITÀ***

L’Unità di Raccolta garantisce la rintracciabilità di tutte le informazioni atte a ricostruire il percorso della donazione mediante accurate procedure di identificazione, di registrazione e di etichettatura, conformi alla normativa vigente.

## **SOTTOSEZIONE B2**

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI TECNOLOGICI SPECIFICI**

#### ***PRESTAZIONI DI BASE AMBULATORIALI***

## **CENTRI E PRESIDI AMBULATORIALI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE**

*Le attività di riabilitazione svolte in presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale si rivolgono a pazienti che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti ammissibili, per condizione clinica stabilizzata, a trattamento riabilitativo in regime ambulatoriale che non richiedono, per lo svolgimento delle specifiche attività riabilitative, alta tutela medica e infermieristica.*

*Rientrano nel percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione gli stati di salute che hanno determinato una disabilità anche transitoria di tipo segmentario o globale che richiedono, per la complessità del quadro clinico, una presa in carico globale e la predisposizione di programmi di intervento previsti all'interno di un progetto riabilitativo individuale avente gli obiettivi del contenimento della disabilità, per favorire la gestione degli esiti, della prevenzione delle menomazioni secondarie e per contenere o evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psico-sociale.*

*Le attività di recupero e riabilitazione funzionale sono svolte in relazione ai livelli di complessità individuati dal Piano Sanitario Regionale e altri atti regionali.*

*Le prestazioni ambulatoriali erogate dai centri e presidi di recupero e riabilitazione funzionale si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche di medicina fisica e riabilitazione erogati negli ambulatori specialistici (B1.9) per la globalità del trattamento sulla disabilità, che richiede un contestuale apporto multidisciplinare clinico riabilitativo.*

Alle prestazioni specialistiche eventualmente erogate si applicano i requisiti relativi alle specifiche tipologie di prestazione definiti da B1.1 a B1.12.

I requisiti specifici relativi alle disabilità trattate (fisica, psichica, sensoriale e mista) che completano i requisiti generali già definiti in A1 e A2 e in B, sono i seguenti:

### **REQUISITI STRUTTURALI**

La struttura garantisce sempre la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti dalle diverse tipologie di disabilità; è indispensabile la completa assenza di barriere architettoniche che limitino l'accesso o gli spostamenti dentro la struttura e l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi.

Deve essere garantita la privacy degli utenti.

Le strutture devono essere dotate di ambienti specifici con dimensioni, arredi ed attrezzature adeguati allo svolgimento delle attività coerenti con i programmi e gli obiettivi propri della struttura. In particolare:

- aree attrezzate per attività di gruppo (palestre), per attività statiche e dinamiche;
- aree attrezzate per attività individuali (motorie, respiratorie, neuropsicologiche, ecc.); tali attività, qualora previste dallo specifico piano di trattamento, devono essere svolte in ambienti attrezzati ed idonei in funzione della tipologia di utenza;
- box (o stanze di dimensioni contenute) per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari, ritenuti necessari allo svolgimento di specifiche attività connesse alla tipologia di disabilità trattata;
- area attrezzata per il trattamento, qualora previsto, dei disturbi comunicativi/cognitivi;
- ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-prognostiche cliniche attinenti alle patologie trattate;
- spogliatoi per i pazienti;

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse tipologie di attività assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.

In funzione degli obiettivi della struttura e della tipologia dell'utenza devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- presidi necessari e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione;
- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico;

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Le attività di recupero e riabilitazione funzionale sono caratterizzate da modalità di lavoro di gruppo, in maniera tale da garantire le prestazioni in forma coordinata ed integrata.

Si deve garantire la globale presa in carico per tutto l'iter terapeutico previsto;

la dotazione organica del personale è rapportata alla tipologia e alla complessità dell'attività svolta nella struttura ed al volume delle prestazioni rese, e comunque devono essere garantiti:

- un fisiatra o un medico appartenente alla disciplina inerente l'attività riabilitativa svolta dalla struttura;

- professionisti sanitari della riabilitazione in possesso dei requisiti necessari per lo svolgimento della specifica attività, per l'intero orario di accesso alle prestazioni.
- l'assistenza infermieristica e tecnico assistenziale in relazione alle necessità del paziente.

Durante l'effettuazione delle attività svolte dai professionisti sanitari della riabilitazione, non è necessaria la presenza costante del medico salvo diverse condizioni cliniche definite nel progetto riabilitativo.

L'assistenza infermieristica e tecnico assistenziale deve essere documentata.

Per ogni singolo paziente deve essere formulato e redatto da parte dell'èquipe multiprofessionale un Progetto Riabilitativo, comprendente uno o più programmi terapeutici che espliciti:

- gli obiettivi;
- gli interventi da realizzare con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità;
- i tempi;
- le modalità di verifica mediante l'utilizzo di scale clinico funzionali validate ;
- la durata prevista.

Devono essere garantiti una adeguata informazione, l'accesso familiare alla struttura nonché specifico addestramento

Le prestazioni ambulatoriali sono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi. a domicilio e in extramurale.

In caso di attività extramurale deve essere documentato il rapporto con la struttura esterna che deve essere in regola con la normativa di settore.

In caso di trattamento individuale deve essere assicurata la durata di 1 ora. Nel caso di trattamento di piccolo gruppo lo stesso deve essere costituito da un numero massimo di 6 persone e deve essere assicurata la durata minima di 1 ora.

I centri ambulatoriali funzionano per un numero di 6 ore giornaliere e per almeno 5 giorni alla settimana

## **CENTRO DI SALUTE MENTALE**

*Espleta le funzioni indicate per il CSM dal D.P.R. 7/4/1994 e dalla D. C. R. 17/2/1999, n. 41  
“P. S.R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale”*

*Il CSM costituisce la sede organizzativa degli operatori ed il punto di coordinamento dell'attività di tutela della Salute Mentale per il territorio di competenza.*

La superficie destinata alla struttura (CSM) deve essere di almeno mq. 200 per un bacino di utenza fino a 60.000 abitanti. Il bacino della popolazione di riferimento di ciascun CSM non può essere superiore a 150.000 abitanti.

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

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

### **REQUISITI STRUTTURALI**

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate. L'organizzazione degli spazi deve essere tale da garantire le esigenze di riservatezza e di sicurezza

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita e tale da garantire la compresenza delle diverse figure professionali operanti.

Ciascun centro di salute mentale dispone di:

- spazio per custodia effetti personali degli operatori sanitari
- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni
- locali per attività diagnostiche, terapeutiche e socioassistenziali
- medicheria
- locale per riunioni e attività di gruppo e accoglienza strutturata
- locale archivio

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Per ciascun utente deve essere aperta una “cartella clinica”, in cui devono essere formulati e documentati una valutazione globale della patologia e dei bisogni. Se la persona necessita di interventi multiprofessionali e multidimensionali deve essere formulato un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato che deve definire: obiettivi, indicatori di tempo, interventi, modalità

di verifica periodica e di adeguamento. Alla definizione del progetto partecipano tutti i professionisti interessati al percorso di cura, assistenza e riabilitazione. Fermi restando il diritto del paziente e i doveri del medico circa il consenso informato, è dimostrata la partecipazione dell'utente, o chi ne esercita legittimamente la rappresentanza, alla elaborazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.

Presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura;

Presenza programmata delle altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, in relazione alla popolazione del territorio servito e alla D. C .R .17/2/1999, n. 41 "P. S .R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale"

Apertura per non meno di 12 ore al giorno per 6 gg. la settimana, con accoglienza della domanda, organizzazione della attività territoriale, intervento in condizioni di emergenza-urgenza;

In altre fasce orarie dei giorni feriali e nei giorni festivi sono assicurate la risposta su chiamata all'emergenza e l'assistenza programmata.

Devono essere assicurati, attraverso protocolli scritti il collegamento e la collaborazione per la continuità terapeutica con le seguenti strutture:

- Dipartimento di Emergenza-Urgenza;
- strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994 e alla D. C. R. 17/2/1999, n. 41 P. S. R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" ;
- servizi per le tossicodipendenze e l'alcoolismo;
- servizi di assistenza e strutture residenziali per disabili e anziani;
- medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- attività consultoriali

Devono essere assicurate, attraverso protocolli scritti l'attività di consulenza rivolta ai pazienti ricoverati in reparti ospedalieri, in strutture socio sanitarie, nel carcere e nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Devono essere documentate attraverso Linee Guida multiprofessionali le modalità con cui vengono garantite:

- le strategie di coinvolgimento verso pazienti non collaboranti con bisogni complessi;
- il lavoro con le reti informali in particolare con le associazioni degli utenti e dei familiari;
- il lavoro di promozione di mutuo aiuto
- le attività di intervento domiciliare
- la collaborazione con le agenzie /ditte di lavoro

- la condivisione del progetto terapeutico riabilitativo nonché le verifiche periodiche dello stesso, con l'utente e, con il suo assenso, i familiari e/o le persone di aiuto formalmente individuate, ed il medico di medicina generale.

Sono documentate le attività di verifica dell' applicazione delle Linee Guida



## CONSULTORIO FAMILIARE

*Espleta le funzioni di cui alle leggi 405/75 e 194/78 e costituisce il punto di organizzazione complesso del servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità, all'infanzia e all'adolescenza.*

Alle prestazioni specialistiche eventualmente erogate si applicano i requisiti relativi alle specifiche tipologie di prestazione definiti da B1.1 a B1.10.

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

### REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita; la popolazione servita è quella del distretto socio-sanitario di base, che costituisce il bacino di utenza del consultorio.

Ciascun consultorio familiare dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locale per consulenza psicologica diagnostica e terapeutica e assistenza sociale;
- locali per visite ostetrico-ginecologiche, pediatriche etc;
- locali per riunioni ad uso polifunzionale (per corso preparazione nascita, attività di gruppo,..);
- spazio archivio.

### REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il servizio di assistenza alla famiglia, alla maternità, all'infanzia è attuato con una piena integrazione fra sociale e sanitario e con un apporto degli enti locali in relazione soprattutto alle loro competenze sulla tutela del minore, le adozioni e gli affidi.

Presenza delle figure professionali mediche, laureati non medici, personale infermieristico e di assistenza sociale di cui all'art. 3 della legge 405/75; deve essere garantito almeno:

- un ostetrico-ginecologo;
- un pediatra;
- uno psicologo;
- una ostetrica/o;
- un assistente sociale;
- un'unità infermieristica o un assistente sanitario.

Tali figure possono essere integrate dall'apporto di altre specifiche professionalità, necessarie per il campo di intervento in cui opera il consultorio.

La dotazione di personale e la presenza nelle attività ambulatoriali sono programmate in relazione alla popolazione servita.

Le attività e le prestazioni consultoriali in ambito sociale e sanitario sono caratterizzate da unitarietà ed integrazione funzionale.

## **PRESIDI PER IL TRATTAMENTO DEI TOSSICODIPENDENTI (SERT) – CENTRO AMBULATORIALE**

*Svolge le funzioni previste per i SerT dalle disposizioni regionali e nazionali.*

### **REQUISITI STRUTTURALI**

I locali e gli spazi devono essere correlati al volume ed alla tipologia delle attività da svolgere.

Ciascun centro dispone almeno di:

- locale o spazio per sala di attesa;
- locale per segreteria e supporto amministrativo;
- locale o spazio per archivio;
- locale per visita medica;
- locale o spazio per terapie farmacologiche e vaccinazioni;
- locale o spazio per prelievi ematici;
- locale controllato per raccolta campioni biologici;
- locale per interventi psicologici;
- locale per interventi sociali – educativi - riabilitativi;
- locale per riunioni e attività di gruppo.

L'organizzazione degli spazi deve essere tale da garantire le esigenze di riservatezza e di sicurezza.

### **REQUISITI TECNOLOGICI**

Le attrezzature devono essere rapportate agli interventi da svolgere; devono essere presenti almeno:

- cassaforte e/o armadio blindato per stupefacenti;
- frigorifero rispondente alle normative per la conservazione dei campioni biologici;
- contenitori rispondenti alle normative per il trasporto dei campioni biologici.

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Deve essere assicurata la presenza di medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali ed educatori professionali in misura adeguata al numero di assistiti, alla loro tipologia e alle modalità di svolgimento delle attività.

Durante le ore di accesso diretto dei Cittadini/Utenti deve essere assicurata la contemporanea presenza di:

- un medico;
- un infermiere professionale;
- due unità tra psicologi, assistenti sociali e educatori professionali.

La dotazione del personale viene aggiornata annualmente in base ai dati di attività.

La direzione deve essere assicurata da un Dirigente come previsto dall'art. 6, d.m. Sanità 444/90.

Deve essere assicurata la disponibilità dei principali trattamenti per abuso e/o dipendenza da sostanze psicotrope, illegali e legali (alcol, farmaci, nicotina).

In particolare devono essere assicurati interventi:

- medico-farmacologici;
- psicologici/psicoterapici;
- socio-riabilitativi;
- di prevenzione individuale.

In caso di documentata necessità dell'Assistito gli interventi devono essere effettuati domiciliariamente.

Deve essere assicurata la disponibilità dei principali interventi di prevenzione e monitoraggio per malattie correlate o concomitanti, con modalità tali da garantirne la riservatezza e, ove richiesto, l'anonimato.

In particolare devono essere assicurati:

- lo screening e l'educazione sanitaria per la prevenzione dell'infezione da HIV;
- lo screening delle epatiti virali, l'educazione sanitaria e le vaccinazioni disponibili.

Devono essere assicurati percorsi assistenziali differenziati per dipendenze da sostanze legali e illegali.

Deve essere assicurata la gestione dell'assistenza ai tossico/alcolodipendenti detenuti ai sensi del D.L. 230/99.

Deve essere assicurata la rilevazione dei bisogni assistenziali nel settore.

Deve essere assicurato l'accesso diretto degli Utenti al SerT per non meno di sei ore al giorno, e l'erogazione di prestazioni programmate in altre fasce orarie.

Deve essere definita e documentata la procedura per l'erogazione dei trattamenti farmacologici nei giorni festivi e di chiusura del servizio.

Per ciascun assistito deve essere formulata e documentata la valutazione diagnostica multiprofessionale; in particolare, devono essere assicurati:

- visita medica;
- valutazione specialistica tossicologica;
- valutazione specialistica psichiatrica;
- psicodiagnosi;
- valutazione sociale.

Inoltre devono essere assicurati attraverso protocolli con Laboratori e Servizi di diagnostica per immagini:

- esami strumentali e di laboratorio (chimico-clinici, sierologici, tossicologici).

Per ciascun assistito è formulato e documentato un piano di trattamento personalizzato assicurandone:

- la periodica revisione e aggiornamento;
- il controllo dell'attuazione;
- il monitoraggio dell'efficacia.

Deve essere assicurata la rilevazione dei dati statistici ed epidemiologici.

Il SERT adotta un set di Informazioni Minime Essenziali (IME) in accordo al tracciato record regionale. Le IME incluse nel tracciato record devono essere trasmesse al competente ufficio regionale secondo modalità e tempi definiti e concordati.

## **SEZIONE C**

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI TECNOLOGICI SPECIFICI**

#### ***PRESTAZIONI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO PER ACUTI***

## **REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI**

### Classificazione

*I presidi che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti sono classificati tenendo presente:*

- *le modalità operative in funzione dello svolgimento delle attività in regime di elezione programmata o in regime di emergenza urgenza;*
- *la distribuzione dell'attività assistenziale lungo l'arco della giornata (presenza o assenza di pernottamento).*

*Sulla base dei criteri sopra evidenziati vengono individuate le seguenti classi:*

### classe A

*presidi di cura che assicurano prestazioni ospedaliere per acuti in regime di urgenza emergenza;*

### classe B

*presidi di cura che assicurano ordinariamente prestazioni ospedaliere per acuti solo in regime di elezione programmata;*

### classe C

*presidi autonomi di day surgery che assicurano prestazioni ospedaliere per acuti in regime di elezione programmata esclusivamente a ciclo diurno, limitate alle sole ore del giorno.*

*Non è consentita l'attivazione di presidi monospecialistici afferenti l'attività di ricovero per acuti di psichiatria.*

*Tutti i presidi di ricovero per acuti, indipendentemente dalla classe di appartenenza e per quanto non espressamente specificato, devono possedere i requisiti organizzativi strutturali impiantistici e tecnologici generali già definiti in A1 e A2.*

*Per i requisiti relativi all'attività di diagnostica e di analisi chimico-cliniche connesse al ricovero relativamente alle discipline presenti nei presidi delle classi A, B, C, vale, per quanto non espressamente specificato, quanto definito per lo svolgimento delle attività specifiche in ambito ambulatoriale.*

*Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali erogate all'interno dei presidi di ricovero di classe A, B, C, si applicano i requisiti specifici definiti nella sezione B.*

## **REQUISITI STRUTTURALI**

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

E' consentito che gli spazi per l'attesa e relativi servizi igienici per l'utenza, accettazione e attività amministrative possono essere in comune fra più attività sanitarie ed ad integrazione socio-sanitaria gestite da titolarità diverse, purché opportunamente dimensionati.

Nelle camere di degenza e nel locale visita le superfici delle pareti e del pavimento devono risultare facilmente lavabili e disinfettabili.

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

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE CLASSI A E B**

La dotazione minima per l'esercizio è fissata in 32 posti letto.

### **L'articolazione interna**

I presidi di ricovero sono articolati in strutture organizzative.

Le strutture organizzative possono essere:

- professionali, corrispondenti a singole discipline;
- funzionali, accorpanti più discipline secondo criteri di omogeneità per settori specialistici ovvero per modalità assistenziali, intensità delle cure, durata della degenza o regime di ricovero. Le discipline accorpate devono essere esplicitate. La presenza di specialisti deve essere adeguata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate nelle singole discipline.

La direzione definisce l'organizzazione interna del presidio individuando le singole strutture organizzative ed i relativi livelli di responsabilità, con esplicitazione dei criteri adottati.

Nel caso in cui all'interno del presidio siano presenti strutture organizzative di medicina generale e di area medica, è necessario che sia garantita la presenza in organico di almeno un titolare della funzione operativa di medicina generale e/o di altra disciplina afferente l'area medica stessa.

Nel caso in cui all'interno del presidio siano presenti strutture organizzative di chirurgia generale e di area chirurgica, è necessario che sia garantita la presenza in organico di almeno un titolare della funzione operativa di chirurgia generale e/o di altra disciplina afferente l'area chirurgica stessa.

Nel caso in cui all'interno del presidio siano presenti strutture organizzative afferenti sia l'area medica che l'area chirurgica, è necessario che sia garantita, in pianta organica, la presenza di entrambi i soggetti di cui ai punti precedenti.

Il personale sanitario, comunque, deve essere adeguato alla tipologia ed al volume dell'attività svolta nel presidio.

Devono essere applicate modalità organizzative per la movimentazione di cose e persone.

Per ciascun presidio sono definiti:



- un piano di emergenza interna per la sua rapida evacuazione, integrato nei programmi aziendali per la gestione delle emergenze;
- un piano di emergenza interna per l'accettazione di un numero elevato di pazienti, integrato nei programmi regionali ed aziendali per la gestione delle maxiemergenze.

Vengono individuati ai punti C1.3 - C1.15 i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi specifici riferiti a:

- |   |         |
|---|---------|
| - Area di Degenza   | (C1.3)  |
| - Day Hospital  | (C1.4)  |
| - Day Surgery   | (C1.5)  |
| - Punto Nascita - Blocco Parto  | (C1.6)  |
| - Reparto Operatorio  | (C1.7)  |
| - Frigoemoteca  | (C1.8)  |
| - Anatomia Patologica   | (C1.9)  |
| - Gestione Farmaci e Materiale Sanitario                              | (C1.10) |
| - Servizio di Sterilizzazione   | (C1.11) |
| - Servizio di Sanificazione attrezzature, arredi e di Disinfestazione | (C1.12) |
| - Servizio Cucina - Dispensa  | (C1.13) |
| - Servizio Lavanderia - Guardaroba                                    | (C1.14) |
| - Servizio Mortuario  | (C1.15) |

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LA CLASSE A**

I presidi che erogano prestazioni ospedaliere per acuti in regime di emergenza-urgenza costituiscono parte integrante del sistema di emergenza-urgenza e sono caratterizzati dalla presenza di strutture organizzative dedicate al Pronto Soccorso, all'accettazione e al successivo trattamento dello stato di emergenza, secondo le indicazioni contenute nel P.S.R.

Si distinguono due tipologie di strutture di ricovero ospedaliero di classe A: A<sub>1</sub> ed A<sub>2</sub>;

- Presidi di classe A<sub>1</sub> : assicurano ordinariamente prestazioni ospedaliere per acuti e prestazioni ospedaliere chirurgiche in regime di elezione programmata, sono operativamente attrezzati per rispondere alle emergenze – urgenze mediche e per inquadrare clinicamente e discriminare le urgenze chirurgiche. Partecipano al sistema di emergenza urgenza essendo dotati nell'ambito delle funzioni di Pronto Soccorso, dei requisiti C1.1 almeno di livello di Pronto Soccorso di Base. In considerazione delle situazioni geografiche e dei tempi di percorrenza verso i Presidi della rete, il pronto soccorso si avvale di elisuperfici attrezzate anche per il volo notturno e della disponibilità di tele diagnostica per immagini e di diagnostica di laboratorio tradizionale e o POCT.
- Presidi di classe A<sub>2</sub>: oltre ai requisiti caratterizzanti la classe A<sub>1</sub>, sono dotati, nell'ambito delle funzioni di Pronto Soccorso, dei requisiti C1.1 definiti per i DEA di I e/o II livello.

Tutti i presidi che partecipano al sistema di emergenza urgenza devono comunque garantire:

- il pronto soccorso ospedaliero secondo le specifiche definite in C1.1;
- la continuità dell'assistenza medica per tutte le attività di ricovero svolte, come indicato in C1.1;
- la presenza continuativa di personale infermieristico per tutte le attività di assistenza alla persona realizzate attraverso la turnazione continua, nelle 24 ore, di personale infermieristico e di supporto in funzione della complessità della attività svolta;

- la presenza di moduli organizzativi per le attività diagnostiche determinati in funzione della tipologia e complessità dell'attività;
- la dotazione di servizi generali e di supporto, correlati alla tipologia e complessità dell'attività svolta nel presidio.

Vengono individuati ai punti C1.1 e C1.2 i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi specifici per alcune attività intraospedaliere caratterizzanti il sistema di emergenza urgenza:

- Pronto soccorso (C1.1)
- Rianimazione con posti letto di terapia intensiva (limitatamente alla classe A2) (C1.2)

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LA CLASSE B**

I presidi che erogano ordinariamente prestazioni ospedaliere per acuti in regime di elezione programmata per attività di alta specialità o per altre attività, esercitate sia in area medica che chirurgica devono garantire:

- l'accettazione sanitaria, opportunamente separata dalla accettazione amministrativa, organizzata in funzione della tipologia e della complessità dell'attività svolta;
- la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24, almeno attraverso la presenza continuativa di personale medico e/o chirurgico nelle ore diurne e notturne in funzione della tipologia e della complessità dell'attività svolta;
- nei presidi in cui sono presenti strutture organizzative di tipo chirurgico deve essere assicurato un servizio di anestesia e rianimazione che garantisca un intervento in pronta disponibilità in caso di necessità;
- la presenza continuativa dell'attività di assistenza alla persona per tutte le attività svolte, realizzata attraverso la turnazione continua di personale infermieristico e/o tecnico, in funzione della tipologia e della complessità dell'attività svolta;
- la disponibilità nel presidio, nell'arco delle 24 ore, di attività diagnostiche correlate alla tipologia e complessità dell'attività svolta. In ogni caso deve essere disponibile un apparecchio radiologico portatile monoblocco e un apparecchio ecografico. Nelle strutture di ricovero di area chirurgica anche un apparecchio radiologico portatile ad anodo rotante. Le attività di analisi chimico-cliniche possono essere garantite anche attraverso il ricorso a rapporti con strutture autorizzate all'esercizio di tali attività.  
Deve comunque essere garantita l'attività di prelievo. I rapporti devono essere opportunamente documentati e la documentazione deve essere resa disponibile;
- la dotazione di servizi generali e di supporto correlati alla tipologia e complessità dell'attività svolta.

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LA CLASSE C**

La dotazione minima per il funzionamento è fissata in 5 posti letto.

I presidi autonomi di day surgery sono dotati di autonomia strutturale, amministrativa e gestionale.

I presidi autonomi di day surgery devono garantire:

- l'accettazione sanitaria e amministrativa organizzata in funzione della tipologia e della complessità dell'attività svolta;

- la disponibilità di attività diagnostiche correlate alla tipologia e complessità dell'attività svolta anche attraverso il ricorso a rapporti con strutture autorizzate. Deve comunque essere garantita l'attività di prelievo. I rapporti devono essere opportunamente documentati e la documentazione deve essere resa disponibile.

Devono essere soddisfatti i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi specifici riferiti a:

- Presidio autonomo di day surgery (C1.16)

ed inoltre, salve le diverse specificazione contenute nella sottosezione C1.16, i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi specifici riferiti a:

- Reparto Operatorio (C1.7)
- Gestione Farmaci e Materiale Sanitario (C1.10)
- Servizio di Sanificazione attrezzature, arredi e di Disinfestazione (C1.12)
- Servizio Lavanderia - Guardaroba (C1.14)

## **PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO**

La struttura organizzativa deputata all'emergenza deve assicurare 24 ore su 24, gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e gli altri interventi diagnostico-terapeutici clinico strumentali di urgenza; deve garantire un'area di osservazione di norma limitata alle 24 ore; deve assicurare le modalità di trasporto protetto.

### 1) Pronto soccorso di base

Il pronto soccorso di base deve garantire nel presidio ospedaliero:

- guardia attiva della struttura organizzativa di pronto soccorso;
- attività di chirurgia generale;
- attività di medicina interna;
- attività diagnostica di laboratorio;
- attività diagnostica per immagini;
- attività trasfusionale;
- assistenza farmaceutica ospedaliera.

### 2) Pronto soccorso del D.E.A. ( Dipartimento Emergenza Accoglienza) di I° livello

Il pronto soccorso del DEA di I° livello, oltre ai requisiti previsti per il pronto soccorso di base, deve garantire anche i seguenti:

- attività di diagnostica per immagini dedicata che preveda almeno una diagnostica tradizionale, un ecografo multidisciplinare e una TC multistrato
- attività di ortopedia e traumatologia;
- attività di ostetricia e ginecologia;
- attività di pediatria;
- terapia intensiva;
- attività cardiologica con degenza a livello subintensivo.
- area di osservazione con una permanenza non superiore alle 24 ore

### 3) Pronto soccorso del D.E.A. ( Dipartimento Emergenza Accoglienza) di II° livello

Il pronto soccorso del DEA di II° livello, oltre ai requisiti previsti per il pronto soccorso di base e per quello del DEA di I° livello, deve garantire anche i seguenti:

- una TC multistrato;
- neurochirurgia;
- chirurgia cardiaca;
- chirurgia toracica;
- chirurgia vascolare.
- laboratorio di emodinamica funzionante 24 ore su 24

Il pronto soccorso del DEA di I° e II° livello può prevedere la degenza breve non superiore alle 72 ore.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

Il pronto soccorso deve essere facilmente accessibile e la viabilità di accesso deve essere dedicata e facilmente identificabile anche nelle ore notturne.

### AREA INGRESSO ACCOGLIENZA ACCETTAZIONE

Deve prevedere:

- camera calda (area coperta e riscaldata di accesso diretto per mezzi e pedoni);
- atrio ingresso principale (con accesso riservato per i pedoni);
- locale/spazio per barelle e sedie a rotelle;
- area attesa utenti/accompagnatori;
- area colloquio utenti-accompagnatori;
- servizi igienici di cui almeno 1 accessibile ai disabili;
- spazio registrazione \ segreteria \ archivio.

### AREA VALUTAZIONE

- area triage (la funzione triage è obbligatoria sopra i 25000 accessi);
- area attesa “osservata” pazienti nel p. s. di base;
- area attesa “osservata” pazienti barellati nel p. s. del DEA di I° e II° livello;
- area attesa pazienti deambulanti nel p. s. del DEA di I° e II° livello;
- locale per la gestione dell'emergenza attrezzato per la stabilizzazione del paziente critico;
- locale/i multifunzionale/i per visita pazienti deambulanti in numero proporzionale agli accessi;
- locale/i o box multifunzionale/i per visita e permanenza pazienti barellati in numero proporzionale agli accessi;
- locale visita “infettivi” con filtro;
- locale rispetto morenti;
- locale lavoro personale sanitario;
- servizi igienici del personale
- servizi igienici per gli utenti di cui almeno 1 accessibile ai disabili;
- deposito pulito;
- vuotatoio, deposito sporco;
- deposito attrezzature

### AREA OSSERVAZIONE

- posti letto tecnici di osservazione ( 1 ogni 8000 accessi) in camere o box “osservati”;
- locale lavoro personale sanitario (anche in comune con l’area valutazione);
- area colloquio utenti-accompagnatori ;
- locale/spazio ristoro;
- servizi igienici per il personale(anche in comune con l’area valutazione);
- deposito attrezzature (anche in comune con l’area valutazione);
- deposito pulito (anche in comune con l’area valutazione);
- deposito sporco (anche in comune con l’area valutazione).

A supporto delle attività assistenziali devono essere presenti:

- locale responsabile nel pronto soccorso del DEA di I° e II° livello;
- locale infermiere coordinatore nel pronto soccorso del DEA di I° e II° livello;
- locale medico di guardia con servizio igienico;
- locale relax personale;
- spogliatoio (se non centralizzato);
- magazzino scorte (può coincidere con il deposito attrezzature).

### **REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI**

Ogni unità deputata al pronto soccorso deve possedere i seguenti requisiti:

- impianto di illuminazione di emergenza;
- impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto;
- impianto di climatizzazione che garantisca specifiche caratteristiche igrometriche in funzione della destinazione d'uso dei vari ambienti..

### **REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI**

La dotazione minima strumentale deve prevedere:

- elettrocardiografo;
- defibrillatore con stimolatore cardiaco transcutaneo;
- un letto da rianimazione;
- ventilatore/i per ventilazione non invasiva;
- ventilatore/i per alte prestazioni per pazienti intubati;
- lampada scialitica;
- elettrobisturi;
- emogasanalizzatore;
- monitor multiparametrici per area valutazione;
- monitor multiparametrici per area osservazione;
- pulsiossimetri portatili: almeno 1 per area triage e 1 per i locali di visita;
- fibrolaringoscopio

### **REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**

Ogni struttura erogante prestazioni di Pronto Soccorso deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni

Deve essere garantita la funzione di triage (obbligatoria sopra i 25.000 accessi), come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento.

Tale funzione deve essere svolta da personale infermieristico dedicato, adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti.

Nell'ambito dell'accettazione ospedaliera deve essere garantita la diversificazione organizzativa dell'attività di accettazione dei ricoveri programmati dall'attività di pronto soccorso che è rivolta a pazienti provenienti dal territorio.

Deve essere garantita una tempestiva risposta alle situazioni di emergenza-urgenza attraverso la definizione dei collegamenti funzionali ed operativi con le varie strutture organizzative interessate.

Devono essere predisposte e attivate linee guida e regolamenti interni per la gestione delle principali patologie e problematiche (es. trasporto protetto, segnalazioni obbligatorie ad autorità ed enti).

Deve essere assicurata una valutazione dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero

Deve essere prevista la registrazione analitica di tutti i dati di attività del P.S.

Devono essere predisposti piani di risposta alle maxi emergenze.

Devono essere definite le modalità organizzative in riferimento alle situazioni di emergenza/urgenza psichiatrica.

## **RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (alta intensità di cure)**

*Le attività di ricovero in rianimazione e terapia intensiva (alta intensità di cure) sono dedicate al trattamento intensivo dei soggetti affetti da una o più insufficienze d'organo acute, potenzialmente reversibili, tali da comportare pericoli di vita ed insorgenze di complicanze maggiori, la cui criticità non ne consente l'adeguata gestione in degenza ordinaria.*

*Sono caratterizzate da netta prevalenza di pazienti che necessitano di un elevato livello di cure tecnologiche e di nursing "intensivo". Vengono assistiti pazienti con necessità di ventilazione artificiale/CPAP(Continuos Positive Airways Pressure), monitoraggio pressione arteria polmonare o intracranica, somministrazione di vasoattivi associata ad emodialisi/emofiltrazione con necessità di assistenza infermieristica continua.*

*Al suo interno è differenziabile un livello alto (high therapy, HT) e basso (low therapy, LT) secondo il NEMS( Nine Equivalent of nursing Manpower Score). Il livello basso (LT) è rivolto a pazienti che non necessitano di ventilazione continua associata a trattamenti intensivi maggiori ed è in grado di garantire la ventilazione del paziente di tipo intermittente o al bisogno;*

*La configurazione ambientale delle unità di rianimazione e terapia intensiva può essere a degenza singola o a degenze multiple.*

### **REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**

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

La dotazione minima di ambienti per la rianimazione e terapia intensiva è la seguente:  
 degenze dotate di spazio tale da consentire agevoli manovre assistenziali sui quattro lati;  
 locale per pazienti infetti dotato di zona filtro;  
 locale medici e infermieri;  
 locale lavoro infermieri anche ai fini della preparazione delle terapie infusionali;  
 spazio adibito ai colloqui con i familiari;  
 servizi igienici per il personale;  
 deposito presidi sanitari ed altro materiale pulito;  
 deposito materiale sporco.

### **REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI**

Nei locali di attività deve essere presente un impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri.

T = 20 – 24 °C

U% = 40 – 60%

Ricambi aria pari a 6 V/h

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



E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:  
impianto di gas medicali;  
impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali;  
deve essere garantita la continuità dell'alimentazione elettrica.

### **REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI**

La dotazione tecnologica deve essere correlata alla tipologia e al volume delle attività erogate.

letto tecnico attrezzato per la rianimazione;  
ventilatore automatico da rianimazione dotato di diversificate modalità di ventilazione sia per la ventilazione assistita che per il divezzamento, fornito di sistemi di allarme standardizzati per la sicurezza dell'utente;  
monitor per la rilevazione dei parametri vitali (cardiologici, pressori incruenti e/o cruenti, respiratori compresi capnografia e pulsiossimetria);  
sistema di riscaldamento paziente;  
aspiratori per broncoaspirazione;  
lampada scialitica o fonte di illuminazione anche per piccoli interventi;  
diafanoscopio a parete o su carrello;  
frigoriferi separati per la conservazione dei farmaci e emoderivati;  
carrello di emergenza urgenza dotato di monitor defibrillatore, pace maker esterno e sincronizzatore;  
emogasanalizzatore ed emossimetro.  
fibrobroncoscopio;  
sistema di infusione controllato dei farmaci;  
disponibilità in sede di apparecchiatura per emofiltrazione.

### **REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**

la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia ed al volume dell'attività svolta.

Devono essere predisposti e attivati regolamenti interni e linee guida per lo svolgimento delle principali attività di gestione concordati con le strutture organizzative interessate, ivi compresi i protocolli di accesso alla degenza stessa.

L'organizzazione del lavoro deve prevedere le procedure per fornire risposte adeguate sia alle richieste routinarie sia alle richieste in emergenza-urgenza intraospedaliere ed a livello del pronto soccorso.

## AREA DI DEGENZA

*L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero. L'area di degenza deve essere strutturata in modo flessibile e tale da consentire l'utilizzazione da parte di discipline diverse e per differenziati livelli di assistenza.*

### REQUISITI STRUTTURALI

camera di degenza singola: 12 mq;

camera di degenza multipla:

- 9 mq per posto letto;

- non più di 4 posti letto per camera;

nelle strutture esistenti è consentita una superficie minima della camera di degenza multipla di 9 mq per il primo posto letto e di 7 mq per ogni letto ulteriore fino ad un massimo di 4 posti letto per camera;

il 10% delle stanze di degenza deve ospitare un solo letto;

un servizio igienico ogni 4 posti letto. I servizi igienici devono essere accessibili ai disabili;

una doccia/vasca ogni 8 posti letto non serviti da servizi igienici dotati anche di doccia/vasca ad uso esclusivo della camera;

La dotazione minima di ambienti per una degenza fino a 40 posti letto è la seguente:

un bagno assistito in coerenza con l'attività svolta;

un locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con comandi non manuali;

un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta;

spazio per capo sala;

un locale per medici;

un locale per soggiorno;

un locale/spazio per il deposito del materiale pulito;

un locale per deposito attrezzature;

un locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco e dotato di vuotatoio e lavapadelle;

locale/spazio ristoro;

servizi igienici per il personale,

spazio attesa visitatori;

Per le *degenze pediatriche*: devono essere previsti locali di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, proporzionati al loro numero. Deve essere previsto un locale per la permanenza

dell'accompagnatore, e la possibilità di dormire, in maniera adeguata, nella camera con il bambino. Nel caso di degenze destinate a lattanti/divezzi non è vincolante la dotazione di un servizio igienico ogni 4 posti letto.

Per le *degenze psichiatriche* deve essere previsto un locale specifico, solo per SPDC organizzati autonomamente, per colloqui/visite specialistiche e soggiorno in relazione al numero dei posti letto.

Per le *degenze di riabilitazione* devono inoltre essere garantiti: servizi igienici, con possibilità di accesso e rotazione completa della carrozzina; locali e palestra per le terapie riabilitative.

Per i *ricoveri in regime di lungodegenza* deve essere previsto un bagno assistito ogni 20 posti letto e comunque uno per piano di degenza.

## **REQUISITI IMPIANTISTICI**

Nella camere di degenza deve essere presente la seguente dotazione minima impiantistica:

- a) impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:
  - $T = 20 - 26 \text{ }^\circ\text{C}$
  - $U\% = 40 - 60\%$
  - Ricambi aria pari a 2 V/h
- b) impianto illuminazione di emergenza;
- c) almeno 3 prese per alimentazione elettrica per posto letto;
- d) impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa;
- e) impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto. Nelle degenze psichiatriche e di riabilitazione è consentito che l'impianto sia previsto per almeno il 10% dei posti letto;

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

La dotazione minima di tecnologica per una degenza fino a 40 posti letto è la seguente:

Carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale; in rapporto alla tipologia organizzativa e strutturale del presidio è consentito l'utilizzo di un carrello per la gestione dell'emergenza a comune fra più strutture organizzative di degenza. In ogni caso deve essere previsto almeno un carrello per piano;

carrello per la gestione terapia;

carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

Per le degenze di riabilitazione fase acuta devono essere garantite attrezzature connesse al tipo di patologia trattata.

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

La dotazione organica del personale addetto, medico infermieristico e tecnico sanitario e di riabilitazione, deve essere rapportata alla tipologia e al volume delle attività e alla complessità delle patologie trattate e comunque deve essere garantito quanto riportato in C1.

## DAY - HOSPITAL

*Il day-hospital deve disporre di spazi per il trattamento diagnostico-terapeutico e per il soggiorno dei pazienti in regime di ricovero a tempo parziale (di tipo diurno).*

L'attività di spedalizzazione a ciclo diurno è condizionata dall'esistenza della relativa struttura organizzativa che svolge anche attività in regime di ricovero ordinario. Nelle singole strutture organizzative di ricovero il numero dei posti-letto per l'attività assistenziale a ciclo diurno non può superare quello dei posti- letto a ciclo continuo.

### REQUISITI STRUTTURALI

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

La dotazione minima di ambienti per il day-hospital è la seguente:

- spazio attesa;
- locale visita;
- ambienti dedicati alla degenza con requisiti analoghi alle camere di degenza (C1.3) ad esclusione della superficie che può essere di 7 mq per posto letto ;
- locale lavoro infermieri;
- locale/spazio ristoro;
- deposito pulito;
- deposito sporco;
- servizi igienici distinti per utenti e per il personale.

Qualora la funzione di day-hospital si svolga all'interno di un'area di degenza, i servizi di supporto sopraindicati possono essere comuni.

### REQUISITI IMPIANTISTICI

Nelle camere di degenza la dotazione minima impiantistica prevista è la seguente:

a) impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- T = 20 – 26 °C
- U% = 40 – 60%
- Ricambi aria pari a 2 V/h

b) impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto;

Dotazione minima di arredi: analoga alle camere di degenza (C1.3); i letti possono essere sostituiti da poltrone reclinabili;

impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa;

utilities per attività alberghiera.

Dotazione minima di arredi: locale visita trattamento:  
attrezzature idonee in base alle specifiche attività;  
lettino tecnico.

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

la dotazione organica del personale medico, infermieristico, e tecnico sanitario e della riabilitazione deve essere rapportata al volume e alla tipologia delle attività e alla complessità delle patologie trattate: nell'arco delle ore di attività di day-hospital deve essere garantita la presenza di almeno un medico e un infermiere anche non dedicati.

## DAY - SURGERY

*Con il termine di chirurgia di giorno si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno (day surgery) in anestesia locale, loco-regionale e generale.*

Le attività di day surgery possono essere effettuate secondo tre possibili modelli organizzativi all'interno del presidio di ricovero e cioè:

- a) struttura organizzativa autonoma, professionale o funzionale, all'interno della stessa sede ospedaliera o casa di cura, dotata di accettazione, degenza, sale operatorie ed eventuali servizi di supporto indipendenti;
- b) struttura organizzativa professionale o funzionale, all'interno della stessa sede ospedaliera o casa di cura, esclusivamente dedicata ai casi di chirurgia di giorno;
- c) posti letto all'interno di strutture organizzative professionali o funzionali, nella stessa sede ospedaliera o casa di cura, che svolgano anche attività in regime di ricovero ordinario.. Nelle singole strutture organizzative, il numero dei posti letto a ciclo diurno non può superare quello dei posti letto a ciclo continuo.

### REQUISITI STRUTTURALI

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

La dotazione minima di ambienti per il day-surgery è la seguente:

- spazio attesa;
- spazio registrazione archivio;
- filtro sala operatoria;
- sala operatoria: deve possedere gli stessi requisiti indicati per il gruppo operatorio;
- zona preparazione personale addetto;
- zona preparazione paziente;
- zona risveglio;
- deposito materiali sterili e strumentario chirurgico;
- locale visita, anche non contiguo;
- camera degenza;
- locale/spazio ristoro;
- servizi igienici pazienti;
- servizi igienici personale;
- deposito pulito;
- deposito sporco;

Ad eccezione degli ambienti dedicati alla degenza in regime di ricovero diurno, qualora la funzione di day surgery si svolga all'interno di un'area di degenza, i servizi di supporto sopraindicati possono essere comuni.

## **REQUISITI IMPIANTISTICI**

Le caratteristiche impiantistiche per la sala operatoria coincidono con quelle del gruppo operatorio.

Nelle camere di degenza impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- $T = 20 - 26 \text{ }^\circ\text{C}$
- $U\% = 40 - 60\%$
- Ricambi aria pari a 2 V/h

Dotazione minima di arredi *camere di degenza*:

requisiti analoghi alle camere di degenza (C1.3) ad esclusione della superficie che può essere di 7 mq per posto letto ;

Dotazione minima di arredi *locale visita*:

- attrezzature idonee in base alle specifiche attività;
- lettino tecnico.

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume e alla tipologia delle attività e alla complessità delle patologie trattate;

per l'intero orario di funzionamento della day-surgery deve essere garantita la presenza di almeno un medico appartenente alla disciplina richiesta per l'espletamento dell'attività o disciplina equipollente, un medico specializzato in anestesia e rianimazione e una figura infermieristica anche non dedicati;

nel caso in cui la day-surgery sia organizzata secondo i modelli a) e b) deve essere individuata una figura infermieristica responsabile dedicata;

nel caso di prestazioni di radiologia interventistica deve essere garantita la presenza di un tecnico sanitario di radiologia medica;

il medico specialista in anestesia e rianimazione deve essere presente per tutta la durata dell'intervento, anche se condotto in sedazione endovenosa e fino al pieno recupero della coscienza dell'operato e della sua permanenza in sala operatoria. E' suo compito la valutazione e la preparazione dell'intervento, l'esecuzione delle tecniche di anestesia di competenza e l'immediato controllo post-operatorio per tutta la permanenza in sala operatoria;

egli deve documentare il proprio operato sulla cartella clinica del paziente, annotando la tecnica di anestesia impiegata, il tipo e le dosi dei farmaci anestetici utilizzati, l'ora di inizio e di



completamento dell'intervento, il decorso clinico intraoperatorio e le eventuali complicanze; per quanto di competenza, l'anestesista e il chirurgo indicano l'ora in cui il paziente può lasciare i locali della Day-Surgery ed appongono la propria firma in calce a tali dichiarazioni.

Devono essere rese note al paziente al momento della dimissione le modalità secondo le quali è organizzata la reperibilità medica per le 24 ore giornaliere. Dette modalità devono essere definite per iscritto. In particolare all'atto della dimissione il paziente dovrà ricevere idonee istruzioni e l'eventuale recapito della struttura organizzativa di riferimento nelle successive 24 ore, oltre ad una breve relazione con la indicazione delle possibili complicanze e la terapia.

Dovranno essere definite le procedure di ammissione del paziente in base alla valutazione clinica, alle condizioni logistiche e familiari secondo quanto eventualmente riportato nelle specifiche linee guida.

Gli interventi effettuati devono essere riportati su apposito Registro, unitamente a:

- elementi identificativi del paziente,
- diagnosi,
- nominativi e qualifica degli operatori,
- procedura eseguita,
- ora di inizio e fine della procedura stessa,
- eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate,
- tipo di anestesia,
- complicanze immediate.

Per ogni paziente dovrà essere compilata una specifica cartella clinica all'interno della quale dovranno essere conservate la scheda anestesiologicala e la scheda di monitoraggio post-operatorio del paziente.

Deve essere predisposta una relazione di dimissione, destinata al medico curante, contenente tutti gli elementi relativi all'intervento ed alla procedura eseguita, unitamente alle prescrizioni terapeutiche eventualmente proposte.

## PUNTO NASCITA - BLOCCO PARTO

*Il Punto nascita costituisce unità di assistenza per gravidanze e neonati. L'attività viene svolta a livello ambulatoriale (per i cui requisiti si rinvia alla sezione B), nell'area di degenza e nel blocco parto.*

*In tutti i punti nascita devono essere disponibili le prestazioni di diagnostica per immagini e di medicina di laboratorio anche attraverso il ricorso a strutture esterne.*

*Il blocco parto deve disporre di spazi per lo svolgimento del parto, anche in regime di urgenza, per la prima assistenza ai neonati e per l'attività chirurgica di tipo ostetrico.*

*Deve essere garantita l'assistenza al neonato in attesa e durante il trasporto protetto ivi compreso un servizio di trasporto assistito materno secondo le indicazioni regionali.*

*La gravidanza ed il parto sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato.*

*È necessario che ad ogni parto venga garantito un livello essenziale ed appropriato di assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica.*

*L'offerta dei servizi ospedalieri ostetrici e pediatrici/neonatologici non può prescindere da un'organizzazione a rete su base regionale articolata in tre livelli, con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali, in modo da garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziali della singola persona e appropriatezza ed efficacia delle cure erogate.*

*I tre livelli, per le cui specifiche si rimanda agli atti di programmazione vigenti, sono:*

- **Punti nascita di 1° livello** - unità che assistono gravidanze e parti a rischio, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipici del 2° o 3° livello, per la madre e per il feto;
- **Punti nascita di 2° livello** - unità che assistono gravidanze e parti anche a rischio in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del 3° livello, per la madre e per il feto;
- **Punti nascita di 3° livello** - unità che assistono gravidanze e parti anche a rischio elevato ivi comprese quelle situazioni di alto rischio perinatale (anche provenienti da altri livelli) e di assistenza a soggetti "inborn<sup>1</sup>" di qualsiasi peso o età gestazionale;

*I punti nascita di livello inferiore devono essere formalmente e funzionalmente collegati con i punti nascita dei livelli superiori, per garantire la continuità assistenziale.*

### PUNTI NASCITA DI 1° LIVELLO

*Tutti i punti nascita di 1° livello devono attivare specifici accordi con i livelli superiori, per garantire l'assistenza immediata d'urgenza ai nascituri, ai neonati e alle partorienti, che imprevedibilmente presentino condizioni cliniche d'emergenza. Nel caso specifico è necessario*

<sup>1</sup> Inborn – nati nella struttura

*prevedere collegamenti funzionali per la richiesta dell'intervento del Servizio Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) o del Servizio Trasporto Materno Assistito (STAM).*

## **REQUISITI STRUTTURALI**

Area di degenza ostetrica e nido - rooming in:

Oltre agli spazi specifici già individuati per l'area di degenza indifferenziata, viene richiesta la seguente dotazione di ambienti:

- locale d'isolamento per malattie infettive presunte o in atto, sia per la donna che per il neonato;
- area di assistenza neonatale in continuità con l'area di degenza di Ostetricia e Ginecologia, privilegiando il rooming-in;
- n. posti letto rapportati al volume di attività;
- numero di culle rapportato al volume di attività svolta con un minimo di n. 8 culle fino a 500 neonati sani;

Blocco parto

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

La dotazione minima di ambienti per il blocco parto è la seguente:

- n. 2 sale travaglio-parto dotate ciascuna di 1 solo letto con spazio dedicato ai prodromi di travaglio (o in alternativa area travaglio-parto che consenta l'espletamento di almeno due parti in contemporanea strutturati in modo tale da garantire riservatezza e privacy anche mediante ausilio di supporti rimovibili);
- isola neonatale, localizzata all'interno delle sale travaglio-parto o, se unica, comunicante con queste;
- 1 sala operatoria dedicata, in assenza di blocco operatorio, che deve garantire gli stessi requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici previsti per il gruppo operatorio ad eccezione dei servizi igienici per il personale e della zona relax. La sala operatoria o il blocco operatorio devono essere posti nelle immediate vicinanze della sala parto e sullo stesso piano;
- zona di osservazione post-partum;
- deposito dispositivi medici e strumentario chirurgico;
- servizi igienici per le partorienti;
- servizi igienici per il personale, anche esterni al blocco parto
- locale lavoro infermieri/ostetriche;
- deposito materiale sporco;
- spazio attesa per accompagnatori, anche esterno al blocco parto.

## **REQUISITI IMPIANTISTICI**

Nelle aree di degenza ostetrica prevedere impianto di climatizzazione con le caratteristiche previste nella sezione C1<sub>3</sub>

### Blocco parto

Le sale travaglio-parto devono essere dotate di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti caratteristiche igrotermiche:

- temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24°C;
- umidità relativa estiva e invernale 30 -60%;
- ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 6 v/h;
- classe dei filtri > 11-12 (99,9- 99,97%);

E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:  
impianto di erogazione di ossigeno e aria compressa e prese vuoto

Impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali.

### **REQUISITI TECNOLOGICI**

Area di degenza nido - rooming in:

Devono essere presenti almeno:

- n. 2 culle per patologia neonatale lieve;
- n. 1 incubatrice

### Blocco parto

Per ogni sala travaglio-parto deve essere prevista la seguente dotazione minima dedicata:

- carrello di emergenza o attrezzatura equivalente;
- testa letto con erogazione di ossigeno e prese vuoto;
- letto tecnico per travaglio parto;
- orologio con contasecondi a muro.

Per le sale travaglio-parto deve essere prevista la seguente dotazione comune:

- lampada scialitica mobile (almeno 1 ogni 2 sale comunicanti o area travaglio-parto) ;
- n. 1 cardiocrografo e comunque non meno di 2 per blocco parto;
- n. 1 elettrocardiografo (disponibile h 24);
- n. 1 ecografo (disponibile h 24) per le emergenze ostetriche;
- n. 2 pompe a siringa;
- n. 2 saturimetri pulsati;

Isola neonatale:

- n. 1 lettino di rianimazione con lampade radianti ogni 500 nati anno;
- n. 2 erogatori di O<sub>2</sub>, aria medica e presa vuoto;
- n. 2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali (o in alternativa 1 ventilatore polmonare portatile);
- 2 valvole di limitazione del picco pressorio dei gas erogati;
- strumentazione adeguata:

- disponibilità h 24 di: n. 2 set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico;
- n. 1 saturimetro percutaneo (disponibile);
- n. 1 misuratore PA (disponibile);
- n. 1 pompa a siringa (disponibile);
- n. 1 incubatrice da trasporto con dotazioni come da indicazione dello STEN (Servizio Trasporto Emergenza Neonatale).

## **PUNTI NASCITA DI 2° LIVELLO**

*I punti nascita di 2° livello sono dotati di Unità Funzionali Neonatologiche comprendenti anche posti letto di patologia neonatale intermedia.*

*Devono essere collocati in uno stabilimento ospedaliero dotato di servizio di rianimazione e terapia intensiva generale e devono prevedere aree ben distinte per l'assistenza al neonato sano e per l'assistenza alla patologia intermedia con possibilità di attuare misure di isolamento nel sospetto di infezione.*

*Esse devono altresì attivare collegamenti funzionali, per garantire l'assistenza immediata d'urgenza ai nati, ai neonati e alle partorienti, tramite attivazione del Servizio Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) o del Servizio Trasporto Materno Assistito (STAM) per l'eventuale trasferimento in punti nascita di 3° livello.*

Oltre ai requisiti del 1° livello, devono essere garantiti i seguenti requisiti

## **REQUISITI STRUTTURALI**

Area di degenza ostetrica e nido - rooming in:

- posti letto e culle in numero adeguato all'attività svolta nel rispetto degli atti programmati ed indirizzi vigenti.

Area degenza patologia neonatale intermedia:

lettini in numero adeguato all'attività svolta nel rispetto degli atti programmati ed indirizzi vigenti.

Blocco parto

Fare riferimento ai requisiti previsti per il 1° livello con le seguenti ulteriori specifiche

- 2 sale travaglio – parto dotate ciascuna di 1 solo letto incrementabili in funzione del volume di attività;
- 1 sala travaglio-parto d'emergenza;
- 1 sala operatoria sempre pronta e disponibile 24/24 ore per le emergenze ostetriche.

## **REQUISITI IMPIANTISTICI**

Nelle aree di degenza ostetricia prevedere impianto di climatizzazione con le caratteristiche previste nella sezione C1<sub>3</sub>

Area degenza Patologia Intermedia

Nelle strutture di 2° livello fino a 1000 nati annui prevedere:

- impianto elettrico con disponibilità di almeno 2 prese per ogni lettino e di 6 per ogni incubatrice;
- impianto centralizzato di erogazione dei gas medicali e di aspirazione con almeno 2 prese per ogni posto di cura

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

Area di degenza nido - rooming in

Fare riferimento ai requisiti previsti per il 1° livello con la seguente ulteriori specifica

- almeno 4 incubatrici

Isola neonatale:

Fare riferimento ai requisiti previsti per il 1° livello con le seguenti ulteriori specifiche.

- n. 2 lettini di rianimazione con lampade radianti;
- n. 2 incubatrici da trasporto;
- pompa a siringa, saturimetro percutaneo e misuratore di PA dedicati.

Area degenza patologia intermedia

Devono essere previste le seguenti dotazioni tecnologiche rapportate al volume di attività:

- pannelli radianti;
- lampade per fototerapie;
- pompe per microinfusione;
- saturimetri percutanei;
- lettore di glucosemia;
- bilirubinometro;
- misuratore PA;
- ossimetri.

## **PUNTI NASCITA DI 3° LIVELLO**

*I punti nascita di 3° livello sono dotati di Unità Funzionali Neonatologiche comprendenti anche posti letto di Terapia Intensiva e Sub Intensiva.*

*Essi devono partecipare attivamente alla rete dei trasporti di emergenza (integrandosi con i servizi 118, STEN e STAM).*

## **REQUISITI STRUTTURALI**

Oltre a quanto previsto nel 2° livello prevedere posti letto ad alta intensità di assistenza in rapporto al volume di attività

Blocco parto/isola neonatale

Fare riferimento ai requisiti previsti per il 1° livello con le seguenti ulteriori specifiche.

3 sale travaglio – parto dotate ciascuna di 1 solo letto incrementabili in funzione del volume di attività;

isola neonatale adeguata ad accogliere parti plurimi e neonati nati contemporaneamente.

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

Isola Neonatale:

Fare riferimento ai requisiti previsti per il 2° livello con la precisazione che un'isola neonatale deve essere attrezzata per accogliere parti plurimi e neonati nati contemporaneamente.

Area degenza ad alta intensità di assistenza

Prevedere in rapporto al volume di attività:

- Incubatrici
- Respiratori;
- Misuratori transcutanei O<sub>2</sub>-CO<sub>2</sub>;
- Saturimetri O<sub>2</sub>;
- misuratore PA cruenta;
- misuratore PA non cruenta.;
- monitor cardiorespirografico;
- pompe per microinfusione;
- aspiratori;
- Ossimetri;
- incubatrici da trasporto;
- apparecchio Rx portatile dedicato;
- ecografo con ecodoppler;
- apparecchiatura per alimentazione enterale.

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI PUNTI NASCITA DI 1° LIVELLO**

Per un'adeguata assistenza al travaglio, al parto e al neonato la dotazione organica del personale medico, ostetrico, infermieristico e di supporto deve essere rapportata al volume di attività.

L'articolazione dei turni del personale deve essere tale da garantire la presenza in guardia attiva, 24 ore su 24, di almeno:

- n. 1 medico specialista in ostetricia-ginecologia;
- n. 2 ostetriche (1 delle ostetriche può essere sostituita da una infermiera o vigilatrice d'infanzia);

- n. 1 medico specialista in anestesia e rianimazione presente nel presidio che garantisca un intervento immediato;
- n. 1 medico specialista in neonatologia o pediatra con provate competenze neonatologiche acquisite anche attraverso percorsi di formazione mirata.

L'organizzazione deve prevedere una pronta reperibilità integrativa per il personale ostetrico-ginecologico nei turni notturni e festivi.

Deve essere sempre garantita l'assistenza d'urgenza ai nati, ai neonati e alle partorienti, che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche d'emergenza anche attraverso il trasporto protetto.

Devono essere disponibili le prestazioni di diagnostica per immagini, di medicina di laboratorio e trasfusionali anche attraverso il ricorso a strutture esterne.

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI PUNTI NASCITA DI 2° LIVELLO**

I Punti Nascita di 2° livello garantiscono gli standard previsti per il 1° livello con le seguenti ulteriori specifiche:

- attività di diagnostica per immagini, medicina di laboratorio ed emotrasfusionale 24/24 ore;
- possibilità di usufruire, anche attraverso una pronta disponibilità integrativa, di competenze specialistiche per la gravidanza (cardiologica, neurologica, nefrologica, etc.) e di alte tecnologie (TC, etc.).

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI PUNTI NASCITA DI 3° LIVELLO**

Oltre a quanto previsto per i punti nascita di 1° e 2° livello deve essere garantita:

- guardia attiva 24/24 ore con supporto di pronta disponibilità integrativa 24/24 ore da parte di personale ostetrico – ginecologico in rapporto al volume dell'attività;
- guardia attiva 24/24 ore dell'anestesista con supporto di pronta disponibilità integrativa 24/24;



## REPARTO OPERATORIO

*Il numero complessivo di sale operatorie deve essere definito, per ogni singola struttura, in funzione della tipologia e complessità delle prestazioni per specialità che vengono erogate, ed in particolare in relazione alla attivazione o meno della Day Surgery e del modello organizzativo adottato come specificato al paragrafo C1.5*

### REQUISITI STRUTTURALI

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

Il gruppo operatorio deve essere articolato in zone progressivamente meno contaminate dall'ingresso del complesso operatorio fino alle sale chirurgiche e devono essere garantiti flussi separati funzionalmente per "sporco" e "pulito" e zone filtrate d'ingresso. In ogni sede devono essere garantite almeno 2 sale operatorie fino a 100 posti letto chirurgici e un'altra sala operatoria per ogni ulteriori 50 posti letto chirurgici o frazione.

La dotazione minima di ambienti per il gruppo operatorio è la seguente:

- spazio filtro di entrata degli operandi anche per cambio barella;
- zona filtro personale addetto;
- zona preparazione personale addetto;
- zona preparazione utenti;
- zona risveglio utenti;
- locale relax operatori ;
- servizi igienici del personale;
- sala operatoria; almeno una sala operatoria deve avere una superficie non inferiore a mq. 25, le altre devono avere una superficie non inferiore a mq. 20. Le superfici devono risultare ignifughe, resistenti al lavaggio ed alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento. Quest'ultimo deve essere resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antisdrucchiolo
- deposito presidi e strumentario chirurgico articolato in:
  - a) deposito per armamentario e materiale di medicazione;
  - b) deposito di attrezzature e materiale pulito;
- deposito materiale sporco o suo immediato allontanamento tramite percorso dedicato;
- servizio per la sterilizzazione del materiale chirurgico secondo i criteri specifici individuati al paragrafo C1.11;
- sala gessi nel caso di attività chirurgica di ortopedia-traumatologia anche non contigua.

### REQUISITI IMPIANTISTICI

L'impianto di climatizzazione del comparto operatorio deve garantire zone progressivamente meno contaminate dall'ingresso fino alle sale chirurgiche ed i seguenti parametri:

- $T = 20 - 24 \text{ }^{\circ}\text{C}$
- $U\% = 40 - 60\%$
- Ricambi aria pari a 15 V/h
- Classe dei filtri  $> 12$  (99,97%)

Impianto di erogazione gas medicali(ossigeno, aria medicale), prese vuoto e impianto aria compressa; in caso di utilizzo di gas anestetici deve essere previsto impianto di aspirazione dei gas direttamente collegato all'apparecchiatura di anestesia;

- disponibilità di acqua di raffreddamento per apparecchi laser, quando necessario;
- stazioni di riduzione della pressione per il reparto operatorio devono essere doppie per ogni gas medicale tecnico tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali.
- deve essere garantita la continuità dell'alimentazione elettrica.

Nella zona risveglio deve essere presente impianto di gas medicali (escluso gas anestetici) e prese vuoto.

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

*Per ogni sala operatoria:*

- tavolo operatorio;
- apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas dotato anche di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato, respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente;
- monitor per la rilevazione dei parametri vitali;
- elettrobisturi;
- aspiratori distinti chirurgici e per broncoaspirazione;
- lampada scialitica;
- diafanoscopio a parete o altri sistemi per la visione delle immagini;
- strumentazione adeguata per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche;

*Per ogni gruppo operatorio:*

- frigoriferi per la conservazione di farmaci;
- disponibilità di amplificatori di brillantezza, quando necessario;
- defibrillatore.

*Per zona risveglio:*

- apparecchiatura per ventilazione assistita;

- cardiomonitor e defibrillatore;
- aspiratore per broncoaspirazione.

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia e al volume degli interventi chirurgici; l'attivazione di una sala operatoria deve comunque prevedere almeno un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri.

## **FRIGOEMOTECA**

In ogni ospedale deve essere presente una frigoemoteca (F.E.) funzionalmente collegata con il servizio di immunoematologia e trasfusione o con il centro trasfusionale territorialmente competente, qualora non siano presenti il servizio di immunoematologia e trasfusione o il centro trasfusionale.

La frigoemoteca deve risultare in possesso dei requisiti organizzativi e strutturali definiti dalla normativa vigente.

## ANATOMIA PATOLOGICA

*L'anatomia patologica consiste in attività diagnostica su organi o campioni di organi (tessuti, cellule, liquidi biologici ecc.) in vivo o su cadavere. Se non prevista autonomamente deve essere documentato il rapporto con struttura esterna (soggetta al possesso e controllo dei medesimi requisiti).*

### REQUISITI STRUTTURALI

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

locali separati per:

- accettazione campioni;
- riduzione pezzi e preparazione campioni;
- inclusione, colorazione e montaggio preparato;
- osservazione microscopica;

locale per archivio (istoteca, citoteca, blocchetti in paraffina, conservazione materiale autoptico);

sala autoptica distinta dai depositi e dalle aree di osservazione. Il tavolo settorio e il suo posizionamento devono permettere un'agevole esecuzione delle tecniche autoptiche e una corretta eliminazione dei liquami. Le porte di accesso devono prevedere comando di apertura automatizzato.

### REQUISITI IMPIANTISTICI

Per l'impianto di climatizzazione, nei locali per inclusione, colorazione e montaggio preparato, vedi i requisiti B1.1.

Nella sala autoptica prevedere impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- $T < 18^{\circ} \text{C}$  sempre
- $U\% = 60\% \pm 5\%$
- ricambi aria pari a 15 v/h

### REQUISITI TECNOLOGICI

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

- banchi da laboratori;

- cappe aspiranti;
- processore automatico;
- coloratore automatico;
- dispensatore automatico di paraffina;
- microtomo;
- criostato;
- centrifuga/citocentrifuga;
- stufa e essiccatore;
- bagno stendifettine;
- frigorifero/congelatore;
- bilancia analitica e tecnica;
- microscopio.

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate.

Deve esistere un regolamento interno o linee guida per lo svolgimento delle principali attività di gestione concordati con i servizi competenti; in particolare: deve essere previsto il collegamento funzionale in modo preferenziale con i blocchi operatori per le prestazioni istopatologiche e con l'area mortuaria per l'attività autoptica;

deve esistere un documento con l'elenco di tutte le prestazioni effettuate e dei tempi di refertazione;

deve esistere il manuale delle procedure diagnostiche che riporti per ogni esame:

- modalità di richiesta;
- modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione;
- descrizione delle fasi preliminari, caratteristiche e descrizione del metodo,
- modalità di trasmissione e consegna referto;

deve esistere documentazione scritta riguardante l'attività di controllo di qualità interno ed esterno, come specificato nella SEZIONE A1 in "Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni".

## **GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO**

*In ogni presidio di ricovero o livello sovraziendale devono essere assicurate le funzioni di ricezione, immagazzinamento e di distribuzione dei farmaci, dei materiali di medicazione, dei dispositivi medici nonché dei prodotti diagnostici.*

### **REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

Ogni presidio di ricovero, fatta eccezione che a livello aziendale sia garantita la distribuzione diretta dei farmaci e del materiale sanitario alle strutture organizzative, deve essere dotato di:

- spazio ricezione materiale/registrazione;
- deposito per farmaci e presidi medico-chirurgici;
- armadio antiscasso per la conservazione degli stupefacenti;
- arredi e attrezzature per il deposito e conservazione dei medicinali, dei presidi medico chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza;
- frigoriferi atti alla conservazione dei medicinali da custodire a temperature determinate dotati di registratori di temperatura, di sistema di allarme, e possibilmente collegati a gruppi di continuità o ad una linea di alimentazione preferenziale;
- i locali/spazi destinati all'attività devono avere pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile.

### **REQUISITI IMPIANTISTICI**

Nel locale deposito devono essere garantite idonee condizioni microclimatiche nel rispetto dei seguenti parametri:

- T = 20 – 26 °C;
- U% 50 ± 5%.

Ove presente la struttura organizzativa di farmacia, devono essere soddisfatti i seguenti requisiti aggiuntivi:

### **REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

- vano blindato per la conservazione degli stupefacenti;
- locale o spazio per preparazioni farmaceutiche;
- locale o spazio per preparazioni nutrizionali;
- studio del farmacista;
- cappa di aspirazione forzata nel locale;
- pareti con rivestimento impermeabile e lavabile fino all'altezza massima di mt. 2 relativamente ai locali adibiti al laboratorio;

- frigoriferi atti alla conservazione dei medicinali da custodire a temperatura determinata, dotati di registratori di temperatura, di sistema di allarme, e possibilmente collegati a gruppi di continuità o ad una linea di alimentazione preferenziale;
- armadi chiusi a chiave per la custodia dei veleni;
- attrezzature ed utensili di laboratorio obbligatori, e ogni altra dotazione di strumenti atti ad una corretta preparazione galenica;
- deposito infiammabili debitamente autorizzato nel rispetto della normativa vigente;
- sostanze obbligatorie come previsto dalla F.U.;
- spazi adeguati per il movimento in uscita dei farmaci e altro materiale sanitario.

## **REQUISITI IMPIANTISTICI**

Nei locali di preparazione deve essere previsto un impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- $T = 20 - 26 \text{ }^{\circ}\text{C}$  ;
- $U\% \ 50\% \pm 5\%$ ,
- ricambi aria pari a  $2v/h$ ;
- classe dei filtri 3 – 4 (80 – 90%).



## **SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE**

In ogni struttura deve essere garantita l'attività di sterilizzazione in rapporto alle esigenze specifiche delle attività svolte.

In particolare, i Presidi di ricovero in cui operano strutture organizzative con attività di tipo chirurgico o che comunque necessitano di sterilizzazione devono disporre di idoneo servizio di sterilizzazione che potrà essere presente sia come centrale di sterilizzazione che organizzato come servizio abbinato al reparto operatorio.

In alternativa il processo di sterilizzazione può essere affidato all'esterno.

### **REQUISITI STRUTTURALI**

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

Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca a quella pulita.

Il servizio di sterilizzazione centralizzato deve prevedere locali/spazi separati di cui uno destinato al ricevimento e lavaggio dei materiali, uno al confezionamento e alla sterilizzazione e uno al deposito e alla distribuzione dei materiali sterilizzati.

La dotazione minima di ambienti per il servizio centralizzato di sterilizzazione è la seguente:

- locali/spazi per ricezione e lavaggio;
- locale/spazio per confezionamento e sterilizzazione;
- filtro per il personale, preliminare all'accesso al deposito dei materiali sterili;
- locale per il deposito di materiale sterile;
- locale deposito per materiale sporco;
- servizi igienici del personale;

### **REQUISITI IMPIANTISTICI**

Nei locali di attività deve essere previsto un impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- T = 20- 27°C
- U% 40 - 60%
- ricambi aria pari a 15 v/h
- classe dei filtri > 10-11 (95- 99,97%)

E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:

- impianto illuminazione di emergenza;
- impianto di aria compressa;

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

Dotazione minima tecnologica del Servizio di Sterilizzazione:

- apparecchiatura per il lavaggio del materiale da sottoporre a sterilizzazione;
- apparecchiatura per il confezionamento;
- apparecchiatura di sterilizzazione;
- bancone con lavello resistente agli acidi ed alcalini;
- pavimenti antiscivolo nelle zone sporche con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi.

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Ogni servizio di sterilizzazione deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

la dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e, comunque, deve essere garantito all'interno dell'equipe almeno un infermiere;

devono essere adottate procedure di gestione del processo di sterilizzazione e ne deve essere dimostrata la tracciabilità;

in caso di servizio esterno devono essere documentate le procedure e il sistema di tracciabilità adottato.

## **SERVIZIO DI SANIFICAZIONE ATTREZZATURE, ARREDI E DI DISINFESTAZIONE**

Devono essere garantiti i servizi di sanificazione attrezzature, arredi e letterecci e di disinfestazione, che possono essere espletati attraverso due distinte soluzioni organizzative:

- internamente al Presidio ( o con servizio centralizzato o con servizio effettuato in loco);
- esternamente al Presidio, anche con gestione consorziata fra più aziende pubbliche e private.

Nel caso in cui nel Presidio non sia presente il servizio centralizzato di sanificazione devono essere comunque assicurate idonee modalità di trasporto dei materiali.

Nel caso di presenza nel Presidio del servizio centralizzato di sanificazione attrezzature, arredi e letterecci, devono essere garantiti locali e apparecchiature idonee alle operazioni di trattamento dei materiali infetti (con apposita procedura) nonché al deposito dei dispositivi medici e delle attrezzature tecnologiche necessarie.

### **REQUISITI STRUTTURALI**

Il servizio centralizzato di sanificazione deve avere i seguenti requisiti strutturali:

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

L'articolazione interna degli spazi deve consentire la netta separazione tra le zone sporche e pulite.

Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca alla zona pulita.

La dotazione minima di ambienti è la seguente:

- locale filtro e decontaminazione del personale, con servizi igienici, spogliatoi, docce e lavaocchi
- locale di pretrattamento e disinfezione
- deposito materiale da trattare
- deposito pulito
- pareti e pavimento lavabili e disinfettabili

### **REQUISITI IMPIANTISTICI**

Nei locali di attività deve essere presente un impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- T = 20 - 27°C
- U% 40 - 60%
- ricambi aria pari a 15 v/h

E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:

- impianto illuminazione di emergenza
- impianto di aria compressa
- punto acqua per lavaggio ambienti e smaltimento acqua a pavimento
- lavello

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

Il servizio di disinfezione deve essere dotato di:

- apparecchiature idonee al trattamento del materiale,
- pavimenti antisdrucchiolo nelle zone sporche con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi.

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Ogni servizio di disinfezione deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

la dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività.

Devono essere previste procedure per la gestione dell'attività di sanificazione attrezzature, arredi e letteracci e disinfestazione che dovranno essere documentate in caso di affidamento a ditte esterne.

## **SERVIZIO CUCINA - DISPENSA**

Il servizio di cucina può essere espletato attraverso due distinte soluzioni organizzative:

- internamente al Presidio;
- esternamente al Presidio.

Il servizio può essere gestito direttamente o può essere affidato a ditte esterne, ovvero gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero.

### **REQUISITI STRUTTURALI**

Nel caso di servizio di cucina svolto all'interno del Presidio devono essere presenti adeguati spazi per :

- recezione derrate;
- dispensa;
- celle frigorifere distinte;
- preparazione, cottura, distribuzione;
- preparazione diete speciali;
- lavaggio;
- deposito per stoviglie e carrelli;
- spogliatoi con servizio igienico e docce per personale addetto al servizio di cucina.

Nel caso di servizio di cucina svolto all'esterno del Presidio devono essere presenti adeguati spazi per:

- recezione derrate;
- smistamento del vitto.

Nel caso di sporzionamento del vitto devono essere previsti spogliatoi e servizi igienici dedicati al personale addetto

Nel caso di presenza nel Presidio di degenze pediatriche devono essere assicurati:

- un locale lactarium;
- cucina divezzi.

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Sia nel caso di servizio interno che esterno:

- deve essere garantita l'elaborazione delle tabelle dietetiche, dei menù e delle diete speciali;
- i cibi distribuiti devono rispondere a quanto stabilito al punto precedente;

- deve essere assicurata la disponibilità di personale dietista con una dotazione organica adeguata alla tipologia e al volume dell'attività svolta.

## **SERVIZIO LAVANDERIA - GUARDAROBA**

Il servizio di lavanderia può essere espletato attraverso due distinte soluzioni organizzative:

- internamente al presidio ;
- esternamente al presidio.

Nel caso di affidamento all'esterno, il servizio può essere erogato tramite ditte specializzate e/o gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero.

### **REQUISITI STRUTTURALI**

Nel caso di servizio interno al presidio dovranno essere presenti adeguati spazi per;

- deposito biancheria sporca;
- guardaroba. Questo spazio deve essere dotato di armadi chiusi o in alternativa scaffalature (in quest'ultimo caso il materiale pulito deve essere riposto in confezioni sigillate);
- recezione (raccolta, cernita) biancheria sporca; lavaggio, trattamento, asciugatura. Questi spazi devono essere dotati di
  - pareti e pavimenti lavabili e disinfettabili
  - pavimenti antisdrucchiolo
  - presa acqua, lavello attrezzato anche per lavaggio mani
  - scarico acqua a pavimento
  - ricambio aria naturale o artificiale con almeno 2 ricambi ora
- stiratura, rammendo;
- spogliatoi con servizio igienico e docce per personale addetto al servizio di lavanderia.

Deve esistere documentazione relativa ai protocolli di bonifica della biancheria infetta anche in caso di servizio esterno al presidio; gli spazi e le attrezzature dovranno essere correlati a quanto definito nei protocolli di bonifica.

## SERVIZIO MORTUARIO

Il servizio mortuario può essere espletato attraverso due distinte soluzioni organizzative:

- internamente al Presidio;
- esternamente al Presidio.

Salvo che l'accertamento della morte sia assolto con specifica procedura in ottemperanza alla normativa vigente e sia prevista diversa soluzione organizzativa per l'allontanamento tempestivo della salma, ogni Presidio di ricovero deve assicurare:

- locale osservazione/sosta salme dotato di idoneo impianto di condizionamento;
- sistema di rilevazione acustica e luminosa di eventuali segni di vita salvo che l'accertamento della morte sia assolto con specifica procedura in ottemperanza alla normativa vigente.

In termini di accessibilità devono essere consentite l'entrata e l'uscita autonoma senza interferenze rispetto al sistema generale dei percorsi interni della struttura.

Deve essere previsto un accesso dall'esterno per i visitatori.

Devono inoltre essere assicurati i seguenti requisiti aggiuntivi:

### REQUISITI STRUTTURALI

Il servizio mortuario deve essere dotato di:

- camera ardente/ sala per onoranze funebri al feretro;
- locale preparazione personale;
- servizi igienici per il personale;
- servizi igienici per i parenti e dolenti (disponibilità di almeno un servizio accessibile ai disabili);
- spazio attesa dolenti;
- deposito materiale con lavabo;
- locali per eventuali riscontri anatomo-patologici nel presidio ospedaliero ove tali riscontri non siano affidabili all'esterno
- locale sosta e preparazione salme dotato di lavabo

### REQUISITI IMPIANTISTICI

Nei locali con presenza di salme deve essere previsto un impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- $T < 18^{\circ} \text{C}$  sempre
- $U\% = 60\% \pm 5\%$



- ricambi aria pari a 15 v/h

E' prevista la seguente dotazione minima impiantistica:

- impianto illuminazione di emergenza.

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Viene assicurato un orario di apertura ai dolenti;

è applicata una procedura per l'accoglienza delle salme e dei dolenti.

## PRESIDIO AUTONOMO DI DAY SURGERY

*Le attività di day surgery nel presidio autonomo sono caratterizzate dall'assenza, nel presidio, di attività di ricovero ordinario a ciclo continuativo.*

### REQUISITI STRUTTURALI

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

La dotazione minima di ambienti è la seguente:

- spazio attesa;
- spazio registrazione archivio;
- area dedicata alla degenza;
- servizi igienici pazienti, accessibili anche ai disabili;
- servizi igienici accompagnatori, accessibili anche ai disabili;
- servizi igienici personale;
- spogliatoio per il personale;
- locale/spazio per il personale di assistenza diretta;
- locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con comandi manuali;
- locale/spazio per il deposito di materiale pulito;
- locale per il deposito di materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- locale per il deposito di materiale sterile.
- una sala operatoria.

Per l'area dedicata alla degenza devono essere garantiti i seguenti requisiti:

- l'area deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente consentendo l'isolamento di ciascun letto di degenza;
- le dimensioni dei locali di degenza devono essere conformi a quanto già specificato per le camere di degenza nella lista C1.3.

### REQUISITI IMPIANTISTICI

Nell'area dedicata alla degenza devono essere garantiti:

- impianto di climatizzazione con le caratteristiche previste in C1.3
- impianto illuminazione di emergenza,
- impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa,
- impianto gas medicali con prese vuoto e ossigeno.

Per le caratteristiche dell'impianto di climatizzazione della sala operatoria vedi C1.7

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

- carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale,
- carrello per la gestione terapia,
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico,
- apparecchiatura per emogasanalisi,
- pulsiossimetro
- apparecchiatura per indagini rx anche mobile (solo per presidi che effettuano attività di chirurgia ortopedica).

### **Attività di sterilizzazione**

L'attività di sterilizzazione. può essere garantita all'interno del presidio o affidata all'esterno.

Se organizzata all'interno del presidio deve rispondere ai requisiti indicati nella sezione C1.11.

Deve essere comunque garantita all'interno del presidio la sterilizzazione d'emergenza (v. anche sezione C1.7).

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

### **Personale**

La dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume e alla tipologia delle attività e alla complessità delle patologie trattate.

Nell'area di degenza, durante le ore di attività chirurgica, deve essere assicurata la presenza di personale infermieristico dedicato.

Nell'area di degenza, al di fuori dell'orario di attività chirurgica e per tutto l'orario di funzionamento della struttura di day surgery, deve essere garantita la presenza di personale medico e infermieristico.

Il medico specialista in anestesia e rianimazione deve essere presente per tutta la durata dell'intervento e fino a pieno recupero dell'autonomia e vigilanza di tutti i pazienti operati.

E' suo compito la valutazione e la preparazione dell'intervento, l'esecuzione delle tecniche di anestesia di competenza e l'immediato controllo post-operatorio per tutta la permanenza in Sala Operatoria.

Egli deve documentare il proprio operato sulla scheda anestesiologicala del paziente, annotando la tecnica di anestesia impiegata, il tipo e le dosi dei farmaci anestetici utilizzati, l'ora di inizio e di completamento dell'intervento, il decorso clinico intraoperatorio e le eventuali complicanze, le eventuali terapie sedative del dolore;

per quanto di competenza, l'anestesista e il chirurgo indicano l'ora in cui il paziente può lasciare il presidio ed appongono la propria firma in calce a tali dichiarazioni.

### **Ammissione**

Dovranno essere definite le procedure di ammissione del paziente in base alla valutazione clinica, alle condizioni logistiche e familiari secondo quanto eventualmente riportato in specifiche linee guida.

Per ogni paziente dovrà essere compilata una specifica cartella clinica all'interno della quale dovranno essere conservate la scheda anestesiologicala e la scheda di monitoraggio postoperatorio del paziente.

### **Intervento chirurgico**

Gli interventi effettuati devono essere riportati su apposito Registro, unitamente a:

- elementi identificativi del paziente,
- diagnosi,
- nominativi e qualifica degli operatori,
- procedura eseguita,
- ora di inizio e fine della procedura stessa,
- tipo di anestesia,
- complicanze immediate.

Deve essere documentata e applicata una procedura per la gestione della lista operatoria. Tale procedura deve rendere esplicite le modalità di comportamento nel caso in cui uno o più pazienti manifestino complicanze tali da richiedere un'osservazione post-operatoria prolungata. In particolare, la procedura deve garantire il costante rispetto della compatibilità tra interventi chirurgici e atti anestesiologicali avviati e disponibilità di letti di degenza.

### **Dimissione**

Deve essere predisposta una relazione di dimissione, destinata al medico curante, contenente tutti gli elementi relativi all'intervento ed alle procedure eseguite, unitamente alle prescrizioni terapeutiche eventualmente proposte.

Devono essere rese note al paziente al momento della dimissione le modalità secondo le quali è organizzata la reperibilità medica per le 24 ore. Dette modalità devono essere definite per iscritto. In particolare all'atto della dimissione il paziente dovrà ricevere idonee istruzioni e il recapito della struttura organizzativa di riferimento nelle successive 24 ore, oltre ad una breve relazione contenente raccomandazioni relative a eventuali complicanze e l'indicazione della terapia da seguire.

**Gestione emergenze e complicanze postoperatorie**

Devono essere documentate le procedure per l'attivazione del sistema di emergenza territoriale.

## **CARDIOLOGIA INVASIVA**

*La cardiologia invasiva comprende tutta quella serie di procedure (diagnostiche e terapeutiche) che comportano l'introduzione di cateteri all'interno del sistema cardiocircolatorio. Nell'ambito della cardiologia invasiva si distinguono due grandi branche: emodinamica, aritmologia*

### **REQUISITI STRUTTURALI**

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

La struttura di cardiologia invasiva deve essere collocata nelle vicinanze o comunque avere facile accesso alla Terapia Intensiva (può essere ubicata in Cardiologia, Radiologia, cardiocirurgia);

I requisiti sono quelli previsti per il reparto operatorio (C1.7) anche con riferimento alla sterilizzazione.

Devono inoltre essere garantiti:

- zona filtro all'ingresso del reparto;
- locale di “compressione” vascolare e/o attesa paziente critico
- locale refertazione e archiviazione CD Rom e Film;
- locale camera oscura all'esterno del reparto;
- servizi igienici per i pazienti all'esterno del reparto.

Lo spazio preparazione paziente e lo spazio risveglio paziente, previsti fra i requisiti del reparto operatorio (C1.7), possono essere collocati anche all'interno del locale di “compressione”.

### **REQUISITI IMPIANTISTICI**

I requisiti sono quelli previsti per il reparto operatorio (C1.7)

### **REQUISITI TECNOLOGICI**

Devono essere presenti le seguenti attrezzature:

- apparecchiatura angiografica dotata di strumento misura rateo-dose, tempo di esposizione e di visualizzazione dei valori all'interno del reparto;
- letto radiotrasparente;
- n. 1 elettrocardiografo a 3 canali;
- n. 1 respiratore automatico (eventualmente anche adatto al paziente pediatrico se si pratica tale attività);

- n. 1 pulsiossimetro;
- n. 1 strumento per la determinazione della portata cardiaca;
- n. 1 contropulsatore aortico (presente anche nell'ambito della struttura in cui la chirurgia invasiva è collocata);
- n. 1 apparecchi per ACT o aPTT (solo dove si fa interventistica, anche nell'ambito della struttura in cui il la chirurgia invasiva è collocata);
- n. 1 apparecchio per emogasanalisi, anche nell'ambito della struttura in cui la chirurgia invasiva è collocata;
- scopia di qualità tale da permettere una visione ottimale che soddisfi standard CE, con scopia pulsata 12,5 frames/rate oltre che 50 frames/rate;
- cinematografia con film 35 mm (per le chirurgie invasive già esistenti è auspicabile l'adeguamento a un sistema digitale) o sistemi con digitalizzazione e archiviazione su CD Rom (standard DICOM 3) con grafia pulsata a 12,5 frames/rate oltre che 25 frames/rate;
- apparecchiatura per digitalizzazione delle immagini e immediata disponibilità di queste (solo dove si pratica interventistica);
- poligrafo con almeno 2 canali di pressione e 2 tracce ECG;
- poligrafo con la possibilità di visualizzare 12 derivazioni, almeno tre contemporanee (solo dove si pratica interventistica);
- lampada scialitica con alimentazione di sicurezza;
- carrello di rianimazione dotato di defibrillatore, materiale da intubazione ecc.;
- n. 2 pompe da infusione;
- n. 1 pace-maker temporaneo;

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Le strutture di cardiologia invasiva devono essere collocate in strutture dove sia garantita la presenza dei seguenti servizi:

- Unità Coronarica
- Consulenza o competenze di Chirurgia Vascolare
- Consulenza Nefrologica e Dialisi
- Consulenza Neurologica

Inoltre per le strutture collocate in Ospedali senza Cardiochirurgia deve essere identificata una Cardiochirurgia di riferimento.

La dotazione organica del personale medico, tecnico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia e al volume dell'attività.

## SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

*L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero. Devono essere garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere utilities per gli accompagnatori o visitatori.*

*Espleta le funzioni indicate per il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dal D.P.R. 7/4/1994 e dalla D.C. R. 17/2/1999, n. 41 "P. S. R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale"*

### REQUISITI STRUTTURALI

Le nuove strutture devono essere collocate preferibilmente a piano terra..

L'organizzazione degli spazi deve essere tale da garantire le esigenze di riservatezza e di sicurezza.

Dotazione posti letto: max 16, minimo 6 pl

camera di degenza singola: 12 mq;

camera di degenza multipla:

– 9 mq per posto letto;

– non più di 2 posti letto per camera;

nelle strutture esistenti è consentita una superficie minima della camera di degenza multipla di 9 mq per il primo posto letto e di 7 mq per il secondo.

Due camere di degenza con un solo posto letto.

Le camere devono essere separate per uomini e donne.

un servizio igienico ogni 2 posti letto;

una doccia/vasca ogni 4 posti letto non serviti da servizi igienici dotati anche di doccia/vasca ad uso esclusivo della camera;

un bagno assistito;

un locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con comandi non manuali;

un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta;

spazio per infermiere coordinatore;

un locale per medici;

un locale per soggiorno/attività ricreative;

un locale per visite e colloqui;

un locale sala pranzo;

un ambiente per pazienti fumatori che non possono uscire dal reparto ;

un locale/spazio per il deposito del materiale pulito;



un locale per deposito attrezzature;  
un locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco e dotato di vuotatoio e lavapadelle;  
locale/spazio ristoro;  
servizi igienici per il personale,  
spazio attesa visitatori;

Laddove non è presente il servizio psichiatrico di diagnosi e cura possono essere previsti, nei reparti di area medica, locali per terapia psichiatrica temporanea con necessità di assistenza continuativa ( max 4 pl ).

Per la terapia psichiatrica temporanea sono disponibili:

- camere separate per uomini e donne;
- camere di degenza dotate di servizi igienici (un servizio igienico ogni 2 p.l.);
- locale per gli infermieri con annessi servizi;
- ambulatorio per colloqui con pazienti e familiari;
- locale per deposito attrezzature (armadio con farmaci);
- locale per visita, colloqui e medicazioni.

## **REQUISITI IMPIANTISTICI**

Per le camere di degenza deve essere presente la seguente dotazione minima impiantistica:

a) impianto di climatizzazione che garantisca i seguenti parametri:

- $T = 20 - 26 \text{ }^{\circ}\text{C}$
- $U\% = 40 - 60\%$
- Ricambi aria pari a 2 V/h

b) impianto illuminazione di emergenza;

c) almeno 3 prese per alimentazione elettrica per posto letto;

d) impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa;

e) impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto. E' consentito che l'impianto sia previsto per almeno il 10% dei posti letto.

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

Carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale; in rapporto alla tipologia organizzativa e strutturale del presidio è consentito l'utilizzo di un carrello per la gestione dell'emergenza a comune fra più strutture organizzative di degenza;

carrello per la gestione terapia;

carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

Per la terapia psichiatrica temporanea è disponibile quanto previsto dai requisiti tecnologici

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

la dotazione organica del personale addetto, medico infermieristico e tecnico sanitario e di riabilitazione, deve essere rapportata alla tipologia e al volume delle attività e alla complessità delle patologie trattate e comunque deve essere garantito quanto riportato in C1.

Sono documentate, anche con protocolli scritti, le pratiche condivise e uniformi che assicurino a tutto il personale: prevenzione e gestione degli atti auto ed eteroaggressivi, gestione delle crisi, prevenzione e gestione dell'allontanamento dal reparto.

Protocollo scritto tra DSM e Reparto Medicina per:

- l'utilizzo dei letti, sia a regime di urgenza che in regime ordinario;
- le modalità di collaborazione tra le diverse discipline;
- l'utilizzo dei servizi sanitari del Reparto ospitante da parte della Psichiatria
- l'ospitalità dei pazienti psichiatrici, che non necessitano di assistenza continuativa specialistica, nei posti letto della Medicina, per quanto attiene la presenza del personale medico, infermieristico e di assistenza.

Il Regolamento delle attività del reparto contiene:

- le modalità di accesso e accoglimento dell'utente in reparto;
- la descrizione delle attività che si svolgono all'interno della struttura;
- la modalità con cui gli utenti vengono invitati a partecipare ad un programma di attività quotidiana
- la modalità con cui gli utenti sono tenuti informati sulla diagnosi, sul trattamento da effettuare, sugli effetti collaterali dei farmaci e sul decorso della malattia
- i criteri di stesura del Piano di trattamento per ciascun utente,
- le modalità per la farmacovigilanza e la farmacoutilizzazione
- le modalità di invio di un paziente ad altro ospedale o reparto, prevedendo anche una relazione contenente le informazioni sull'utente
- le modalità di discussione dei casi con la presenza degli operatori delle strutture territoriali coinvolte;
- la modalità di formulazione della diagnosi secondo una classificazione internazionale;
- il metodo con cui vengono coinvolti gli utenti ed i loro familiari nella formulazione degli obiettivi di trattamento e nella decisione della dimissione
- la modalità di gestione integrata delle cartelle cliniche mediche ed infermieristiche
- l'individuazione di dispositivi organizzativi ed assistenziali tali da eliminare l'uso della contenzione

- l'individuazione dei criteri che prevedono la chiusura della porta di accesso al reparto
- l'individuazione di eventi sentinella o eventi particolarmente indesiderati: suicidi, fughe, contenzioni, atti autolesivi, episodi di "porta chiusa" e contenzioni fisiche
- le modalità che consentano la presentazione di reclami e suggerimenti da parte degli utenti e dei familiari
- la formazione continua del personale/affiancamento e supporto ai neo-assunti da parte del personale in servizio

## **SEZIONE D**

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI TECNOLOGICI SPECIFICI**

#### ***PRESTAZIONI A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO FASE POST-ACUTA***

## **REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO IN FASE POST-ACUTA**

*Trattasi di presidi che erogano prestazioni sanitarie specialistiche e sanitario assistenziali, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative non erogabili in ambito ambulatoriale o domiciliare per situazioni che non richiedono ricovero ospedaliero.*

*Le prestazioni sono rivolte:*

- alla riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
- alla tutela della salute mentale;
- alla riabilitazione e recupero dei soggetti tossicodipendenti.

*In ciascun settore le prestazioni di ricovero a cicli diurno e continuativo, nonché le attività ambulatoriali possono essere svolte nel medesimo presidio in modo coordinato ed integrato.*

*Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali erogate all'interno di detti presidi che erogano prestazioni a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta sono applicabili i requisiti specifici definiti nella sezione B.*

### **REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

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

E' consentito che gli spazi per l'attesa e relativi servizi igienici per l'utenza, accettazione e attività amministrative possono essere in comune fra più attività sanitarie ed ad integrazione socio-sanitaria gestite da titolarità diverse, purché opportunamente dimensionati.

Deve essere previsto il carrello o attrezzatura equivalente per la gestione dell'emergenza con la seguente dotazione minima:

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



## **PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI SOGGETTI PORTATORI DI DISABILITA' FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI**

La dotazione minima per il funzionamento è fissata in 10 posti letto.

Può essere prevista una dotazione di posti letto inferiore qualora la struttura eroghi altre attività residenziali o semiresidenziali anche ad integrazione socio-sanitaria o in caso di riconversione di attività preesistenti di ricovero ospedaliero.

*Si definiscono presidi di riabilitazione extraospedaliera le strutture che erogano prestazioni a ciclo diurno o continuativo che provvedono al recupero funzionale e sociale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa.*

*Le strutture di riabilitazione si distinguono in due tipologie:*

- *A: presidi a più alta intensità clinico riabilitativa che si rivolgono a pazienti che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti ammissibili, per condizione clinica stabilizzata, a trattamento riabilitativo extraospedaliero che richiede, per lo svolgimento delle specifiche attività riabilitative, un'adeguata tutela assistenziale nelle 24 ore (regime residenziale) e nelle 12 ore (regime diurno);*
- *B: presidi con caratteristiche abilitative riabilitative assistenziali che si rivolgono a soggetti che presentano condizioni di gravi disabilità neuropsichiche, per i quali sono definiti programmi assistenziali a indirizzo riabilitativo continuativi e protratti nel tempo, finalizzati al raggiungimento di più alti livelli di abilità o a impedirne o ritardarne il declino.*

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1 e A2 e per quanto di competenza in B sono i seguenti:

### **REQUISITI STRUTTURALI**

Per i presidi a ciclo diurno, in rapporto alla tipologia e al volume dei trattamenti effettuati, devono essere previsti:

- locale/i per gli accertamenti medici anche in comune con la struttura di ricovero ospedaliero in caso di riconversione : nel caso di più locali, almeno uno deve essere attrezzato per le medicazioni;
- locali per valutazioni funzionali e/o psicodiagnostiche;
- palestra per le terapie riabilitative;
- locale/i per terapia individuale;
- locale/i per ergoterapia e/o terapia occupazionale;
- locale/i per terapia del linguaggio e/o riabilitazione cognitiva;
- locale/i per la rieducazione psico-motoria.

- locale/i per riabilitazione urologica, con annesso servizio igienico ed area separata per spogliarsi tale da garantire il rispetto della privacy dell'utente.
- locale/i attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero solo per la tipologia B;
- locale soggiorno distinto dal locale pranzo anche in comune con la struttura di ricovero ospedaliero in caso di riconversione;
- locale/spazio ristoro;
- locale spogliatoio/ guardaroba, distinti tra personale ed utenza.

Qualora il presidio accolga bambini da 0 a 4 anni deve essere previsto anche un locale dove i piccoli possano riposare per brevi periodi.

I locali devono avere una superficie tale da consentire lo svolgimento delle specifiche attività sia a livello individuale che di gruppo;

In aggiunta per i presidi a ciclo continuativo, la dotazione minima di ambienti per una degenza tipo di 10/15 posti letto è la seguente:

- camere di degenza con servizio igienico ad uso esclusivo con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, articolate in:
  - camera di degenza singola: 12 mq;
  - camera di degenza multipla:
    - 9 mq per posto letto;
    - non più di 4 posti letto per camera;
 nelle strutture esistenti è consentita una superficie minima della camera di degenza multipla di 9 mq per il primo posto letto e di 7 mq per ogni letto ulteriore fino ad un massimo di 4 posti letto per camera;
- una doccia/vasca ogni 8 posti letto non serviti da servizi igienici dotati anche di doccia/vasca ad uso esclusivo della camera;
- un bagno assistito;
- dotazione dei servizi igienici e bagni annessi alle camere e non, conformi alla normativa sulle barriere architettoniche;
- locali/spazi di supporto alla degenza ( locale/spazio per il deposito del materiale pulito, locale per deposito attrezzature, locale per il materiale sporco dotato di vuotatoio e lavapadelle).

In caso di riconversione la doccia/vasca, il bagno assistito, i servizi igienici e i locali/spazi di supporto alla degenza possono essere in comune con la struttura di ricovero ospedaliero

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

I locali di trattamento sono dotati di attrezzatura e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura.



La dotazione deve essere correlata al volume e alle tipologie di attività in maniera da assicurare uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente rapportato ai bisogni dell'utenza. In particolare devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- dispositivi medici necessari per risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici e del personale della riabilitazione;
- attrezzature e dispositivi medici per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Per la tipologia A esistenza di una équipe pluridisciplinare composta da personale sanitario medico, da personale dell'area delle professioni sanitarie riabilitative con profili attinenti alla tipologia di utenza trattata, personale infermieristico, personale addetto all'assistenza alla persona .

Per la tipologia B esistenza di una équipe pluridisciplinare composta da personale sanitario medico, da personale dell'area delle professioni sanitarie riabilitative con profili attinenti alla tipologia di utenza trattata, personale infermieristico, personale addetto all'assistenza alla persona , personale di assistenza sociale, personale dell'area psicologica e pedagogica.

Il personale deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle attività svolte all'interno del presidio, e comunque deve essere garantita, anche in comune con la struttura di ricovero ospedaliero in caso di riconversione, la presenza delle seguenti figure:

- un fisiatra o un medico appartenente alla disciplina inerente l'attività riabilitativa svolta nel presidio;
- professionisti sanitari della riabilitazione in possesso dei requisiti necessari per lo svolgimento della specifica attività, durante l'orario di erogazione della stessa;
- personale infermieristico tale da garantire la copertura della specifica attività ;
- personale addetto all'assistenza tale da garantire la copertura della specifica attività.

Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo della équipe multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici che espliciti:

- gli obiettivi;
- gli interventi da realizzare con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità;
- i tempi;
- le modalità di verifica mediante l'utilizzo di scale clinico funzionali validate;
- la durata prevista

con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità;

Devono essere garantiti una adeguata informazione e l'accesso del familiare al presidio nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita;

Deve esistere un sistema strutturato di documentazione clinica con raccolta e registrazione di rilievi clinici e funzionali presentati dagli utenti, in grado di alimentare i debiti informativi;

In relazione alla tipologia trattata i presidi di riabilitazione suddividono gli assistiti in moduli di massimo 20 soggetti.

I presidi a ciclo diurno funzionano per un minimo di 6 ore giornaliere e per almeno 5 giorni alla settimana.

## **PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: CENTRO DIURNO PSICHIATRICO**

*Svolge le funzioni terapeutico-riabilitative, come indicate dal DPR 7/4/19 e dalla D. C. R. 17/2/1999, n. 41 “P:S.R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale”*

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1 e A2 e D, e per quanto di competenza in B, sono i seguenti:

### **REQUISITI STRUTTURALI**

Le strutture devono essere collocate preferibilmente a piano terra con annesso spazio a verde. L'organizzazione degli spazi deve essere tale da garantire le esigenze di riservatezza e di sicurezza

Locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro Diurno, senza altre particolari connotazioni;

Locale per colloqui/visite psichiatriche/neuropsichiatriche;

Numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

Collocati, preferibilmente, in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Presenza di personale medico specialistico e di psicologi programmata o per fasce orarie.

Presenza di educatori professionali, personale infermieristico, professionisti sanitari della riabilitazione, istruttori in relazione alle attività previste.

Apertura 8 ore al giorno, per 6 giorni la settimana.

I Centri diurni che svolgono funzioni terapeutico riabilitative/abilitative per minori con disturbi psicopatologici e neuropsichiatrici e per adulti affetti da particolari patologie quali i disturbi dello spettro autistico ed i disturbi alimentari, possono avere un'apertura inferiore a quella indicata nel precedente capoverso.

Collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994 e dalla D. C. R. 17/2/1999, n. 41 “P. S. R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale”.

Per ciascun utente deve essere documentato un programma terapeutico-riabilitativo che deve definire: obiettivi, indicatori di tempo, interventi, modalità di verifica periodica e adeguamento. Tale programma è parte integrante del progetto terapeutico individualizzato ed è concordato con il medico responsabile del progetto stesso che ha effettuato l’invio alla struttura.

Il programma è condiviso con l’utente e con chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate.

Devono essere documentate le modalità attraverso le quali il Centro Diurno opera per:

- l’ inserimento della persona nel gruppo;
- la verifica dell’andamento del programma
- garantire la continuità terapeutica e gli interventi in condizioni di emergenza-urgenza.
- favorire le attività di riabilitazione e socializzazione esterne alla struttura
- avvalersi del contributo dei familiari, dei gruppi e associazioni di auto mutuo aiuto degli utenti e dei familiari nonché di tutti i soggetti presenti sul territorio che costituiscono una risorsa per gli obiettivi previsti.

## **PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA**

Requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1, A2 e D .

### **1- Strutture residenziali terapeutico riabilitative per acuti e sub acuti**

*Trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi, rivolti a persone che, anche nella fase della post-acuzie, richiedono interventi terapeutico-riabilitativi intensivi ed elevata tutela sanitaria nonché a minori con disturbi comportamentali affetti da patologie di interesse neuropsichiatrico. I trattamenti della durata massima di 18 mesi, salvo proroga motivata dall'equipe curante per un ulteriore periodo massimo di 6 mesi, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nelle 24 ore.*

### **REQUISITI STRUTTURALI**

Numero complessivo locali e spazi, in relazione alla popolazione servita

Numero massimo dei posti 20

Per strutture oltre i 10 posti letto, i requisiti di cui al DPCM 22/12/1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10.

Per strutture fino a 10 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per il colloquio e per le riunioni.

Collocate, preferibilmente, in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Presenza di medici specialisti ed altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, programmata o per fasce orarie, secondo orari definiti, adeguati ai bisogni assistenziali degli ospiti. Devono comunque essere garantite tutte le figure professionali di cui al DPR 7/4/94 e alla D.C.R. 17/2/1999, n. 41 "P.S.R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale".

Presenza di personale di assistenza nelle 24 ore.

Collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994.

Per ciascun utente deve essere documentato un programma terapeutico-riabilitativo individualizzato che deve definire: obiettivi, indicatori di tempo, interventi, modalità di verifica periodica e adeguamento. Tale programma è parte integrante del progetto terapeutico individualizzato ed è concordato con il medico responsabile del progetto stesso, che ha effettuato l'invio alla struttura.

Nella definizione del programma sarà assicurata l'acquisizione del consenso dell'utente o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate.

Le attività riabilitative sono strutturate e periodicamente rinnovate in funzione delle esigenze degli ospiti e possono svolgersi sia all'interno che all'esterno della struttura. L'attività è sostenuta da riunioni di staff.

Devono essere indicate le modalità con cui vengono garantite la continuità terapeutica e gli interventi in condizioni di emergenza-urgenza.

## **2 - Strutture residenziali socio-riabilitative ad alta intensità assistenziale**

*Trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi estensivi, rivolti a pazienti (in fase cronica) che necessitano di assistenza e di trattamenti terapeutico-riabilitativi estensivi e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale.*

*I trattamenti della durata massima di 36 mesi, salvo proroga motivata dall'equipe curante per un ulteriore periodo massimo di 12 mesi, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza del personale socio-sanitario per almeno 12 ore.*

### **REQUISITI STRUTTURALI**

Numero complessivo locali e spazi, in relazione alla popolazione.

Numero massimo dei posti 20.

Per strutture oltre i 10 posti letto, i requisiti di cui al DPCM 22/12/1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10.

Per strutture fino a 10 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per il colloquio e per le riunioni.

Collocate, preferibilmente, in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Presenza di medici specialisti ed altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, programmata o per fasce orarie, secondo orari definiti, adeguati ai bisogni assistenziali degli ospiti. Devono comunque essere garantite tutte le figure professionali di cui al DPR 7/4/94 e alla D.C.R. 17/2/1999, n. 41 “P.S.R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale”.

Presenza di personale di assistenza nelle 12 ore.

Collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994.

Per ciascun utente deve essere documentato un programma terapeutico-riabilitativo individualizzato che deve definire: obiettivi, indicatori di tempo, interventi, modalità di verifica periodica e adeguamento. Tale programma è parte integrante del progetto terapeutico individualizzato ed è concordato con il medico responsabile del progetto stesso, che ha effettuato l’invio alla struttura.

Nella definizione del programma sarà assicurata l’acquisizione del consenso dell’utente o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate.

### **3 - Strutture residenziali socio-riabilitative a bassa intensità assistenziale**

*Trattamenti residenziali socio-riabilitativi, rivolti a soggetti (parzialmente non autosufficienti), non assistibili all’interno del proprio nucleo familiare, che necessitano di programmi di reinserimento sociale e lavorativo in regime residenziale a bassa intensità assistenziale nella fase di lungoassistenza.*

*I trattamenti della durata massima di 36 mesi, salvo proroga motivata dall’equipe curante, sono erogati nell’ambito di strutture che garantiscono la presenza del personale sociosanitario per fasce orarie.*

## **REQUISITI STRUTTURALI**

Numero complessivo locali e spazi, in relazione alla popolazione servita.

Numero massimo dei posti 20.

Per strutture fino a 10 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per il colloquio e per le riunioni.

Collocate, preferibilmente, in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Presenza di medici specialisti ed altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, programmata o per fasce orarie, secondo orari definiti, adeguati ai bisogni assistenziali degli ospiti. Devono comunque essere garantite tutte le figure professionali di cui al DPR 7/4/94 e alla D.C.R. 17/2/1999, n. 41 “P.S.R. 1999-2001 – Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale” .

Presenza di personale di assistenza per fasce orarie.

Collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994.

Per ciascun utente deve essere documentato un programma terapeutico-riabilitativo individualizzato che deve definire: obiettivi, indicatori di tempo, interventi, modalità di verifica periodica e adeguamento. Tale programma è parte integrante del progetto terapeutico individualizzato ed è concordato con il medico responsabile del progetto stesso, che ha effettuato l’invio alla struttura.

Nella definizione del programma sarà assicurata l’acquisizione del consenso dell’utente o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate.

Devono essere indicate le modalità con cui vengono garantite la continuità terapeutica e gli interventi in condizioni di emergenza-urgenza



## **STRUTTURE DI RIABILITAZIONE E STRUTTURE EDUCATIVO-ASSISTENZIALI PER I TOSSICODIPENDENTI**

*I requisiti organizzativi tecnologici e strutturali di presidi riabilitativi e educativo-assistenziali per tossicodipendenti sono definiti dall'Atto d'intesa Stato-Regioni del 9 febbraio 1993, in riferimento al modello assistenziale adottato dalla Regione per l'erogazione delle prestazioni assistenziali previste dai livelli uniformi di assistenza di cui al Piano sanitario nazionale approvato con DPR 1° marzo 1994*

## INDICE

<b>INDICAZIONI PER L'APPLICAZIONE DEGLI STRUMENTI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEL STRUTTURE SANITARIE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE TOSCANO</b> .....	1
<b>IL SISTEMA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO</b> .....	1
<i>L'ARCHITETTURA D'INSIEME</i> .....	2
<i>CODIFICA DEI REQUISITI</i> .....	2
<b>ATTESTAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CIRCA IL POSSESSO DEI REQUISITI</b> .....	4
<b>IL PROCESSO DI VALUTAZIONE</b> .....	4
<i>INDICATORI E STANDARD</i> .....	4
<i>REQUISITI ESSENZIALI</i> .....	5
<i>GIORNO INDICE</i> .....	5
<b>MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' E DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b> .....	6
<b>TABELLE</b> .....	7
<b>Tab. 1 - R: REQUISITI AREA CHIRURGICA</b> .....	8
<b>Tab. 1 - I: INDICATORI E STANDARD AREA CHIRURGICA</b> .....	14
<b>Tab. 2 - R: REQUISITI AREA ONCOLOGICA</b> .....	49
<b>Tab. 2 - I: INDICATORI E STANDARD AREA ONCOLOGICA</b> .....	61
<b>Tab. 3 - R: REQUISITI AREA MEDICA</b> .....	122
<b>Tab. 3 - I: INDICATORI E STANDARD AREA MEDICA</b> .....	129
<b>Tab. 4 - R: REQUISITI AREA CRITICA</b> .....	160
<b>Tab. 4 - I: INDICATORI E STANDARD AREA CRITICA</b> .....	166
<b>Tab. 5 - R: REQUISITI AREA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA</b> .....	197
<b>Tab. 5 - I: INDICATORI E STANDARD AREA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA</b> .....	204
<b>Tab. 6 - R: REQUISITI AREA MATERNO INFANTILE</b> .....	240
<b>Tab. 6 - I: INDICATORI E STANDARD AREA MATERNO INFANTILE</b> .....	253
<b>Tab. 7 - R: REQUISITI AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE</b> .....	320
<b>Tab. 7 - I: INDICATORI E STANDARD AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE</b> .....	325
<b>Tab. 8 - R: REQUISITI AREA SALUTE MENTALE</b> .....	356
<b>Tab. 8 - I: INDICATORI E STANDARD AREA SALUTE MENTALE</b> .....	363
<b>Tab. 9 - R: REQUISITI AREA EMERGENZA URGENZA</b> .....	396
<b>Tab. 9 - I: INDICATORI E STANDARD AREA EMERGENZA URGENZA</b> .....	403
<b>Tab.10 - R: REQUISITI AREA CURE PRIMARIE</b> .....	437
<b>Tab.10 - I: INDICATORI E STANDARD AREA CURE PRIMARIE</b> .....	441
<b>Tab.11 - R: REQUISITI AREA RIABILITAZIONE</b> .....	463
<b>Tab.11 - I: INDICATORI E STANDARD AREA RIABILITAZIONE</b> .....	471
<b>Tab.12 - R: REQUISITI STRUTTURE RESIDENZIALI E AMBULATORIALI PRIVATE</b> .....	506
<b>Tab.12 - I: INDICATORI E STANDARD STRUTTURE RESIDENZIALI E AMBULATORIALI PRIVATE</b> .....	510

# **INDICAZIONI PER L'APPLICAZIONE DEGLI STRUMENTI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE TOSCANO**

L'accreditamento istituzionale è attribuito con riferimento alla struttura organizzativa funzionale finalizzata all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Per le strutture sanitarie private è possibile attribuire l'accreditamento istituzionale alla singola disciplina autorizzata.

## **IL SISTEMA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO**

I requisiti sono concettualmente organizzati seguendo due logiche principali:

- a) la logica organizzativa per cui i requisiti sono distribuiti sui percorsi organizzativi delle diverse aree clinico-assistenziale
- b) la logica dei contenuti per cui i requisiti risultano raggruppati in alcune principali aree tematiche.

Per quanto riguarda comunque il processo di accreditamento la logica principale è quella organizzativa per cui ogni struttura organizzativa funzionale fa riferimento al suo percorso organizzativo sul quale vedrà distribuiti i relativi requisiti e indicatori da misurare e gli standard di base da raggiungere (vedi tabelle da 1 a 11).

### **a) I percorsi organizzativi delle diverse aree clinico-assistenziali**

Per ogni area clinico-assistenziale si è descritto il percorso organizzativo e sono stati individuati i requisiti di qualità e sicurezza relativi. Tali requisiti sono distribuiti sulle diverse fasi del percorso descritte attraverso un diagramma di flusso.

I percorsi organizzativi definiti sono i seguenti:

- percorso di area chirurgica
- percorso di area oncologica (oncologia e screening)
- percorso di area medica
- percorso di area critica
- percorso di area ortopedico-traumatologica
- percorso di area materno infantile (nascita e pediatrico)
- percorso di area dipendenze patologiche
- percorso di area della salute mentale
- percorso di area emergenza urgenza
- percorso di area cure primarie
- percorso di area riabilitazione

### **a) Le aree tematiche**

I requisiti definiti afferiscono in base ai loro contenuti a diverse aree tematiche.

#### **Diritti e partecipazione**

Afferiscono a quest'area i requisiti che valutano l'equità e l'accessibilità del servizio alle diverse categorie di utenti, tenendo conto dei loro specifici bisogni e definendo una strategia per la comunicazione e partecipazione al cittadino. Quest'area è suddivisa in 3 sottocategorie: Equità e Accesso, Umanizzazione, Comunicazione e partecipazione.

## **Management**

Ne fanno parte tutti i requisiti che valutano la capacità di organizzazione e gestione sia per quanto riguarda il personale, le attività che per quanto riguarda i dati e lo sviluppo del sistema Gestione del Rischio Clinico. Quest'area è suddivisa in 4 sottocategorie:

Organizzazione del lavoro, Sviluppo del sistema GRC, Formazione, Gestione dati.

## **Performance assistenziali**

Afferiscono a quest'area tutti i requisiti finalizzati a valutare il livello di qualità e sicurezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Quest'area è suddivisa in 2 sottocategorie:

Appropriatezza e qualità clinica, Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali.

## **Continuità assistenziale e cooperazione**

Ne fanno parte i requisiti che focalizzano l'attenzione sulla valutazione del livello di qualità e sicurezza raggiunto nella gestione delle collaborazioni organizzative sia interne che esterne.

Quest'area è suddivisa in 2 sottocategorie:

Continuità ospedale e territorio, Cooperazione interna.

## ***L'ARCHITETTURA D'INSIEME***

I requisiti relativi a ciascuna area clinico-assistenziale e distribuiti sui percorsi organizzativi sono rappresentati in tabelle alle quali è associato il diagramma di flusso che rappresenta le fasi principali del percorso. A ciascun requisito è inoltre associata l'area tematica di riferimento.

Le tabelle sono:

- 1.requisiti area chirurgica e relativo diagramma di flusso**
- 2.requisiti area oncologica e relativo diagramma di flusso (oncologia e screening)**
- 3.requisiti area medica e relativo diagramma di flusso**
- 4.requisiti area critica e relativo diagramma di flusso**
- 5.requisiti area ortopedico-traumatologica e relativo diagramma di flusso**
- 6.requisiti area materno infantile e relativo diagramma di flusso (nascita e pediatrico)**
- 7.requisiti area dipendenze patologiche e relativo diagramma di flusso**
- 8.requisiti area salute mentale e relativo diagramma di flusso**
- 9.requisiti area emergenza urgenza e relativo diagramma di flusso**
- 10.requisiti area cure primarie e relativo diagramma di flusso**
- 11.requisiti area riabilitazione e relativo diagramma di flusso**

Alle sopraelencate tabelle si aggiunge un'ulteriore tabella contenente i requisiti per il percorso delle strutture sanitarie private di tipo residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale:

- 12.requisiti strutture residenziali e ambulatoriali private**

## ***CODIFICA DEI REQUISITI***

I requisiti contenuti nelle tabelle di ciascun'area sono stati classificati utilizzando alcuni codici che ne identificano l'appartenenza ad un percorso specifico, ad una specifica fase di questo percorso e un'eventuale trasversalità rispetto a tutti i percorsi (esistono infatti un certo numero di requisiti che sono comuni a tutti i percorsi).

I codici che identificano i requisiti delle diverse aree clinico assistenziali sono:

requisiti area chirurgica	C
requisiti area oncologica	ONC (oncologia) SCREE (screening)
requisiti area medica	ME
requisiti area critica	IC
requisiti area ortopedico-traumatologica	ORTO
requisiti area materno infantile	MAN (nascita) MAP (pediatrico)
requisiti area dipendenze patologiche	DP
requisiti area salute mentale	SM
requisiti area emergenza urgenza	ER
requisiti area cure primarie	CP
requisiti area riabilitazione	RIAB

Il codice che identifica i requisiti comuni ai diversi percorsi è il codice M.

Il codice che identifica requisiti di tipo aziendale, cioè che riguardano l'azienda nel suo insieme, è A.

Tutti i percorsi iniziano con una serie di requisiti che riguardano l'intero percorso e non la singola fase.

Di seguito alcuni casi esemplificativi:

	CM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
--	---	------------------------	--

**CM16 I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi** = requisito di percorso chirurgico che riguarda l'intero percorso CXX ed è comune anche agli altri percorsi XM16.

Di seguito alcuni casi esemplificativi:

<b>c 3.2 realizzazione intervento</b>	C3.2.1 Il registro di sala operatoria è informatizzato	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	C3.2.2 l'organizzazione si dota di un sistema di gestione della sicurezza in sala operatoria adeguato	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.2.3 Si garantiscono volumi di attività e impiego di procedure chirurgiche coerenti con gli standard di qualità definiti a livello internazionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.2.(M47) Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

**C 3.2 realizzazione intervento** = la fase del percorso chirurgico relativa alla realizzazione dell'intervento.

**C 3.2.1 il registro di sala operatoria è informatizzato** = requisito di percorso chirurgico, il primo XX.1 della fase 3.2.X La categoria generale di riferimento è management e la sottocategoria è organizzazione del lavoro.

**C 3.2 (M47) esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili** = requisito di percorso chirurgico relativo alla fase 3.2 (XXX) e comune anche agli altri percorsi C XX (M47). La categoria generale di riferimento è performance assistenziali e la sottocategoria è Qualità e sicurezza per le attività

clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici.

## **ATTESTAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CIRCA IL POSSESSO DEI REQUISITI**

Le Aziende sanitarie pubbliche attestano il possesso dei requisiti di accreditamento, tramite il raggiungimento degli standard di base ad essi associati, per le strutture organizzative funzionali, determinate nello statuto aziendale, utilizzando le tabelle dei requisiti sopra descritte, dalla n° 1 alla n° 11, in relazione alle tipologie prevalenti di attività erogate.

Per le strutture organizzative funzionali in cui si realizzano in maniera prevalente diverse tipologie di attività è necessario utilizzare per l'accREDITAMENTO tutti i percorsi che rappresentano tali attività. (Es. Dipartimento Neuroscienze, Dipartimento testa collo).

Per le strutture sanitarie private nel caso di:

- strutture di ricovero ospedaliero con raggruppamento per strutture organizzative funzionali la dichiarazione sostitutiva del possesso dei requisiti di accreditamento avviene con le stesse modalità delle Aziende sanitarie pubbliche. Laddove non previsto il raggruppamento la dichiarazione sostitutiva avviene attraverso l'utilizzo della tabella n° 12 contenente i requisiti per strutture residenziali e semiresidenziali e ambulatori privati; *in questo caso se è attuata la valutazione delle performance la stessa sostituisce il monitoraggio interno come tipologia di fonte;*

- strutture residenziali e semiresidenziali, la dichiarazione sostitutiva circa il possesso dei requisiti di accreditamento avviene attraverso l'utilizzo della tabella n°12 relativamente ai requisiti contrassegnati con la lettera **R**;

- strutture ambulatoriali, la dichiarazione sostitutiva circa il possesso dei requisiti di accreditamento avviene attraverso l'utilizzo della tabella n°12 relativamente ai requisiti contrassegnati con la lettera **A**.

## **IL PROCESSO DI VALUTAZIONE**

### ***INDICATORI E STANDARD***

Ad ogni requisito è attribuito ai fini della valutazione uno o più indicatori.

Gli indicatori possono essere:

- di processo: focalizzati sul modo in cui si realizza una certa attività
- di esito: focalizzati sul risultato che si ottiene relativamente ad una specifica dimensione.

Ogni indicatore ha uno standard di base che consente la determinazione del corrispondente livello di accettabilità.

Gli indicatori e gli standard sono corredati dall'indicazione sulla tipologia di fonte dati alla quale fare riferimento per la misurazione.

Ad ogni tabella dalla n° 1 alla n° 12 relative ai requisiti sono correlate le tabelle dalla n.1 alla n.12 dei relativi indicatori e standard:

**1.indicatori e standard area chirurgica**

**2.indicatori e standard area oncologica**

- 3.indicatori e standard area medica
- 4.indicatori e standard area critica
- 5.indicatori e standard area ortopedico-traumatologica
- 6.indicatori e standard area materno infantile
- 7.indicatori e standard area dipendenze patologiche
- 8.indicatori e standard area salute mentale
- 9.indicatori e standard area emergenza urgenza
- 10.indicatori e standard area cure primarie
- 11.indicatori e standard area riabilitazione
- 12.indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

Di seguito alcuni casi esemplificativi:

<b>REQUISITO C3.2.1</b>
Il registro di sala operatoria è informatizzato
<b>INDICATORE</b>
Informatizzazione della registrazione dei dati di sala operatoria secondo requisiti definiti a livello regionale (assicurarsi che ci sia come campo obbligatorio la data e ore magari con rilevazione automatica)
<b>STANDARD BASE</b> Si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO CM16.</b>
I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
<b>INDICATORE</b>
Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
<b>NUMERATORE</b>
Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di servizio/fornitore
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

### ***REQUISITI ESSENZIALI***

I requisiti ritenuti essenziali, il cui standard base deve essere raggiunto per ottenere il rilascio dell'accreditamento, sono contrassegnati con un asterisco (ad esempio CA2\*) sia nella tabella dei requisiti che nella tabella dei relativi indicatori e standard.

### ***GIORNO INDICE***

Ai fini di un'omogenea valutazione circa il raggiungimento dello standard base relativo a cia-

scun requisito, laddove la tipologia di fonte richiama la modalità dell'autovalutazione, es. delle cartelle cliniche, viene determinato un giorno indice al quale fare riferimento. Tale giorno indice sarà individuato con successivo atto del dirigente regionale competente per materia.

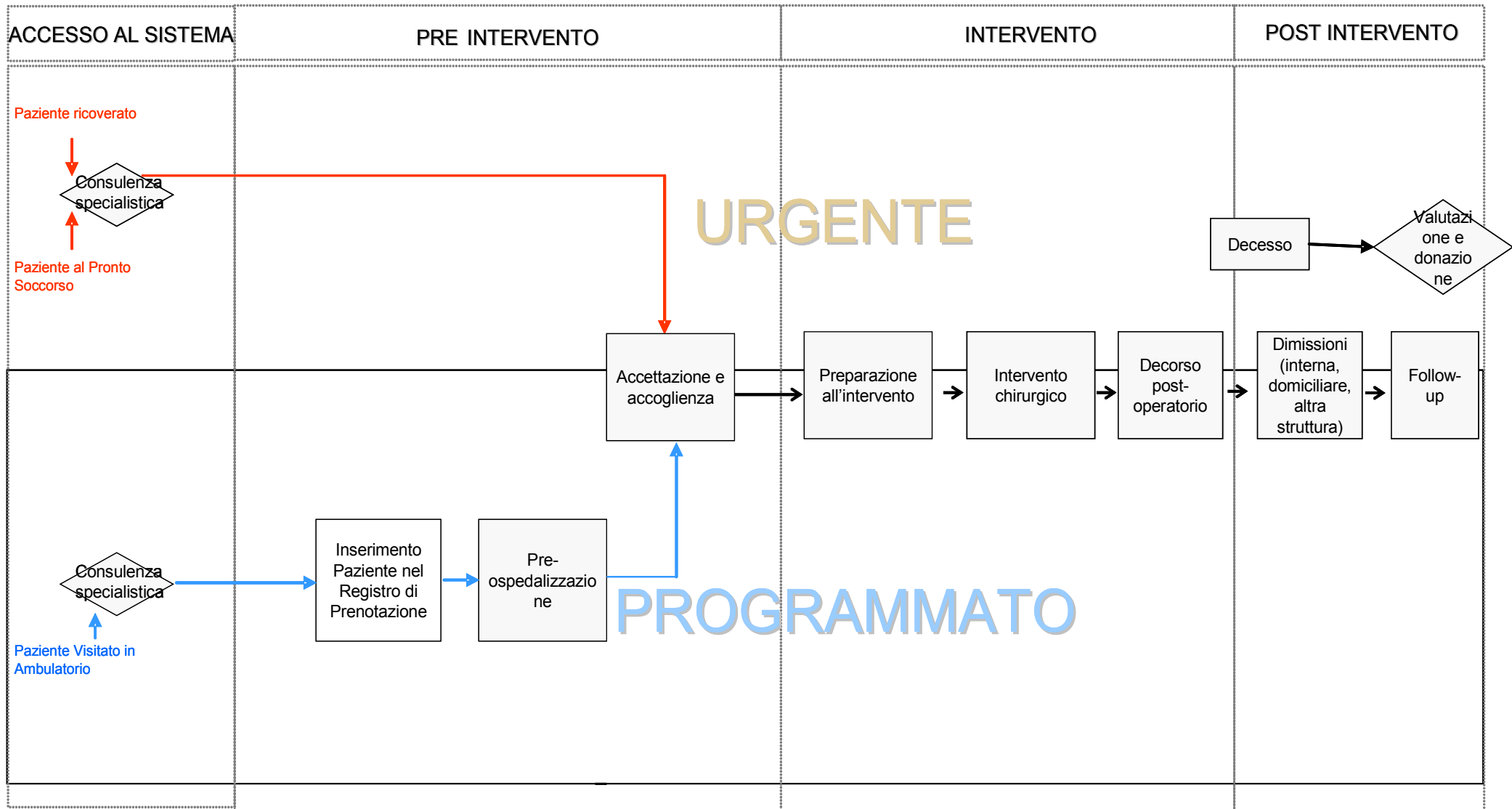
## **MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' E DELLA SICUREZZA DELLE CURE**

Requisiti, indicatori, standard e tipologia di fonti sono aggiornati ai fini del miglioramento continuo, delle evidenze scientifiche e delle performance assistenziali del Servizio Sanitario Regionale.



## **TABELLE**

Tabella n.1 diagramma di flusso area chirurgica



Percorso di Area chirurgica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	CA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	CA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	CA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	CM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	CM3..Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	CM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	CM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	CM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	CM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	CM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	CM9. IL "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	CM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
	CM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

<b>Percorso di Area chirurgica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	CM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	CM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro.....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>C1. ACCESSO AL SISTEMA</b>	C1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	C1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
<b>c1.1 consulenza specialistica - reparto o PS</b>			
<b>c1.2 consulenza specialistica - ambulatorio</b>			
<b>C2. PERCORSO PRE-INTERVENTO</b>			
<b>c2.1 inserimento Registro Prenotazione</b>	C2.1.1 E' garantita una modalità omogenea e trasparente per l'accesso alle prestazioni chirurgiche sia in modalità istituzionale che in libera professione	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C2.1.2 Il tempo di attesa per gli interventi chirurgici programmati ospedalieri e ambulatoriali è contenuto entro un periodo massimo.	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C2.1.3 La scheda con la proposta di intervento chirurgico è compilata correttamente dal chirurgo nelle sue parti, compreso il codice di priorità e l'attribuzione del setting assistenziale appropriato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>c2.2 pre-ospedalizzazione</b>	C2.2.1 E' attivata la preospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT

<b>Percorso di Area chirurgica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	C2.2.2 La presa in carico del paziente oncologico che deve effettuare intervento chirurgico è appropriata	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>c2.3 accettazione e accoglienza</b>	C2.3.(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C2.3.(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C2.3.(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C2.3.(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>C3. RICOVERO</b>	C3.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C3.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C3.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C3.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C3.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	C3.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	C3.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	C3.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	C3.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
	C3.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

<b>Percorso di Area chirurgica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	C3.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>c 3.1 preparazione all'intervento</b>	C3.1.1 La prestazione sanitaria è erogata nell'appropriato setting assistenziale	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	C3.1.2 L'organizzazione si dota di un sistema per la prevenzione della TVP appropriato	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>c 3.2 realizzazione intervento</b>	C3.2.1 Il registro di sala operatoria è informatizzato	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	C3.2.2 L'organizzazione si dota di un sistema di gestione della sicurezza in sala operatoria adeguato	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.2.3 Si garantiscono volumi di attività e impiego di procedure chirurgiche coerenti con gli standard di qualità definiti a livello internazionale <i>nota: si fa riferimento ai documenti regionali programmatici, in particolare il PSSR</i>	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.2.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>c 3.3 decorso post-operatorio</b>			

Tabella n. 1 requisiti area chirurgica

<b>Percorso di Area chirurgica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
<b>c 3.4 decesso</b>	C.3.4.1 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>C4. POST RICOVERO</b>			
<b>c 4.1 dimissioni</b>	C4.1.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C4.1.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	C4.1.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	C4.1.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	C4.1.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASS. E COOP.
<b>c 4.2 follow up</b>			

## Percorso di Area chirurgica

### GENERALI AZIENDALI

<p><b>REQUISITO CA1.*</b> Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p><b>INDICATORE</b> % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero impegni raggiunti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero impegni regionali</p>
<p><b>STANDARD BASE 75%</b></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO CA2.</b> E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p><b>INDICATORE</b> Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p><b>STANDARD BASE 40 ore settimanali</b></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO CA3.</b> Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p><b>INDICATORE</b> Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> <math>\sum (FLU_i \times W_i)</math> FLU<sub>i</sub> indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W<sub>i</sub> indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> <math>\sum W_i</math> W<sub>i</sub> indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>STANDARD BASE 70%</b></p>



**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance (B8); *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*  
 nota: indicatore aziendale complessivo

**REQUISITO CA4.**

*E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)*

**INDICATORE 1**

*% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni*

**NUMERATORE**

*Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali*

**DENOMINATORE**

*Numero di visite specialistiche totali esaminate*

**STANDARD BASE** 70%

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance ; *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*

**INDICATORE 2**

*% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni*

**NUMERATORE**

*Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali*

**DENOMINATORE**

*Numero di esami diagnostici totali esaminati*

**STANDARD BASE** 60%

**TIPOLOGIA FONTE** *flusso TAT*

**REQUISITO CA5.**

*L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee*

**INDICATORE 1**

*Qualità del processo donazione di tessuto corneale*

**NUMERATORE**

*Numero donatori di tessuto corneale*

**DENOMINATORE**

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero decessi $\geq 5$ anni e $\leq 75$ anni
<b>STANDARD BASE</b> $\geq 5\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT
<b>INDICATORE 2</b> Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts
<b>NUMERATORE</b> Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts
<b>DENOMINATORE</b> Numero decessi $\geq 4$ anni e $\leq 75$ anni
<b>STANDARD BASE</b> $\geq 2\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT

## REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

<b>REQUISITO CM1.</b> I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
<b>INDICATORE</b> Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO CM2.</b> Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti (Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")
<b>NUMERATORE</b> Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
<b>DENOMINATORE</b> Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO CM3.</b> Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p><b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 35%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno ) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO CM4.</b> E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p><b>INDICATORE</b> % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione <i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>REQUISITO CM5.*</b> E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p><b>INDICATORE</b> Presenza del documento che evidenzia l'organizzazione in atto</p>

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO CM6.</b> L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
<b>INDICATORE 1</b> Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di budget dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO CM7.</b> Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
<b>INDICATORE</b> % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO CM8.</b> Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
<b>INDICATORE 1</b> % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>REQUISITO CM9.</b> <i>Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori</i>

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<b>INDICATORE</b> % di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale operatori
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO CM10.</b> Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
<b>INDICATORE</b> Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO CM11.*</b> La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(Per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(Per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC )</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>INDICATORE 2</b>

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

% di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>NUMERATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 70% <i>(Per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale

<b>REQUISITO CM12.</b> Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 1</b> Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di lavaggio mani effettuate
<b>DENOMINATORE</b> Numero occasioni di lavaggio mani
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio del lavaggio delle mani

<b>INDICATORE 2</b> Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi ( per ambulatori)
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> farmacia

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<b>INDICATORE 3</b>
% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b>
% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b>
<i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>DENOMINATORE</b>
<i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (monitoraggio interno); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO CM13.</b>
Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
<b>INDICATORE 1</b>
Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio resistenze
<b>INDICATORE 2</b>
Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO CM14.</b>
------------------------



**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<p>E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili  <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i></p>
<p><b>INDICATORE</b>                  Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>REQUISITO CM15.</b>                  Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta</p>
<p><b>INDICATORE 1</b>                  % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p><b>NUMERATORE</b>                  Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p><b>DENOMINATORE</b>                  Numero pazienti anziani ricoverati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 80%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 2</b>                  Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale  <i>(Il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 3</b>                  Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro</p>
<p><b>NUMERATORE</b>                  Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b>                  Cadute che esitano in un sinistro</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> &gt;1</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</p>

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

<b>INDICATORE 4</b> <i>% di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero <i>di audit sulle cadute con danno</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero cadute con danno
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO CM16.</b> I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
<b>INDICATORE</b> Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO CM17.</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
<b>INDICATORE</b> Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>NUMERATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

**C 1. Accesso al sistema**

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<b>REQUISITO C1. (M18)</b> Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
<b>INDICATORE</b> % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio applicazione supporto braccialetto

<b>REQUISITO C1. (M19)</b> L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(Il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO C1. (M20)</b> <i>spostato a livello aziendale: A4</i>
--

## **C2.1 Inserimento Registro Prenotazione**

<b>REQUISITO C2.1.1</b> E' garantita una modalità omogenea e trasparente per l'accesso alle prestazioni chirurgiche sia in modalità istituzionale che in libera professione
<b>INDICATORE 1</b> I criteri di accesso al registro di prenotazione sono stabiliti, diffusi e applicati
<b>STANDARD BASE</b> si

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di modulo da consegnare al paziente che indichi il numero di inserimento in lista di attesa
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO C2.1.2</b> Il tempo di attesa per gli interventi chirurgici programmati ospedalieri e ambulatoriali è contenuto entro un periodo massimo.
<b>INDICATORE 1</b> % interventi classe di priorità A , <i>tra cui gli oncologici</i> , erogati entro 3 mesi dalla prenotazione
<b>NUMERATORE</b> Numero di interventi classe di priorità A erogati entro 3 mesi dalla prenotazione
<b>DENOMINATORE</b> Numero di interventi classe di priorità A erogati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>per i privati</b>
<b>INDICATORE 2</b> % interventi erogati entro la data concordata (vedi standard privati per tipologia di procedura chirurgica)
<b>NUMERATORE</b> Numero di interventi erogati entro la data concordata
<b>DENOMINATORE</b> Numero di interventi erogati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO C2.1.3</b> La scheda con la proposta di intervento chirurgico è compilata correttamente dal chirurgo nelle sue parti, compreso il codice di priorità e l'attribuzione del setting assistenziale appropriato
<b>INDICATORE</b> % di schede compilate correttamente
<b>NUMERATORE</b> Numero di schede compilate correttamente

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti con proposta di intervento
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

## C2.2 Pre-ospedalizzazione

<b>REQUISITO C2.2.1</b>
E' attivata la pre-ospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmati
<b>INDICATORE</b>
Degenza media pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati
<b>NUMERATORE</b>
Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
<b>STANDARD BASE</b> 1 giorno dall'ammissione
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C3); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO C2.2.2</b>
E' effettuata una presa in carico del paziente oncologico che deve effettuare intervento chirurgico appropriata
<b>INDICATORE</b>
% di valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc)
<b>NUMERATORE</b>
Numero di valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc)
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di referti con diagnosi oncologica del Servizio di Anat. Pat.
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

## C2.3 Accettazione e accoglienza

<b>REQUISITO C2.3. (M21)</b>
Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
<b>INDICATORE</b>

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO C2.3. (M22)</b> E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO C2.3. (M23)</b> Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO C2.3. (M24)</b> E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
<b>INDICATORE</b> Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
<b>STANDARD BASE</b> si

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
--

### C3. Ricovero

<p><b>REQUISITO C3. (M25)*</b></p> <p>Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 80%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p><b>REQUISITO C3. (M26)*</b></p> <p>I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 85%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p><b>REQUISITO C3. (M27)</b></p> <p>E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p><i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile</p>

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC attestazione buona pratica
<b>REQUISITO C3. (M28)</b> Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
<b>INDICATORE 1</b> % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>NUMERATORE</b> Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>DENOMINATORE</b> Totale medici
<b>STANDARD BASE</b> 40% <i>(Per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> formazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO C3. (M29)</b>



**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 75%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO C3. (M30)</b> L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
<b>per strutture ospedaliere pubbliche</b>
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 30%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>per casa di cura:</b>
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO C3. (M31)*</b>
Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b>
Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(Se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di audit svolti in un anno
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 2</b>
Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(Se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di M&M svolte in un anno
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 3</b>
% di azioni di miglioramento realizzate in un anno
<b>NUMERATORE</b>
Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<b>DENOMINATORE</b>
Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
<b>STANDARD BASE</b> <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b>
% di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>NUMERATORE</b>
Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>DENOMINATORE</b>
Numero eventi sentinella totale
<b>STANDARD BASE 4</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE 4</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 5</b>
% di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>NUMERATORE</b>
Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>REQUISITO C3. (M32)</b>
Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b>
% di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>NUMERATORE</b>
Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<i>(Per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>% di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero operatori sanitari</i>
<b>STANDARD BASE</b> 50 % <i>(Per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO C3. (M33)</b> Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
<b>INDICATORE</b> Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale e Centro GRC per sinistri

<b>REQUISITO C3. (M34)</b> E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
<b>INDICATORE</b> <i>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C5.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO C3. (M35)</b>
----------------------------

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare <i>( Per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO C3. (M36)*</b> Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
<b>INDICATORE</b> % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)  <i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno)</i>
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (In questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i>

<b>REQUISITO C3. (M37)</b> I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
<b>INDICATORE</b> Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO C3. (M38)</b> <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero schede MEWS correttamente compilate
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 4</b> <i>% mortalità nei DRG a bassa mortalità</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i>
<b>DENOMINATORE</b>

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero dimessi con DRG a bassa mortalità
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione della performance (C6.4.2); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
<b>INDICATORE 5</b> % pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti con MEWS >
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO C3. (M39)</b> Esiste un sistema di gestione del dolore
<b>INDICATORE 1</b> Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
<b>NUMERATORE</b> Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti; per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>si</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali
<b>INDICATORE 4</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 5</b> % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

<b>REQUISITO C3. (M40)*</b>
Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
<b>INDICATORE</b>
% di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(Si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO C3. (M41)</b>
Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
<b>INDICATORE</b>
% di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno



**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<p><b>REQUISITO C3. (M42)*</b></p> <p>L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>Evidenza della diffusione del report</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero cartelle cliniche revisionate</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i></p>

<p><b>REQUISITO C3. (M43)</b></p> <p>L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>Per ogni CVC posizionato:</p> <p>a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica);</p> <p>b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni.</p> <p>c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di infezioni da CVC</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC</p>

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<b>STANDARD BASE</b> coerente con dati di letteratura internazionale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno del tasso di infezioni

<b>REQUISITO C3. (M44)</b> Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
<b>INDICATORE 1</b> L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>

<b>REQUISITO C3. (M45)</b> Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
<b>INDICATORE</b> % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

<b>REQUISITO C3. (M46)</b> Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
<b>INDICATORE</b> % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio nutrizionale
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

### C3.1 Preparazione all'intervento

<b>REQUISITO C3.1.1</b>
La prestazione sanitaria è erogata nell'appropriato setting assistenziale
<b>INDICATORE 1</b>
DRG LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
<b>NUMERATORE</b>
Somma delle percentuali di raggiungimento degli standard dei DRG Chirurgici LEA
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di DRG LEA Chirurgici erogati
<b>STANDARD BASE</b> 50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C4.12) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO C3.1.2</b>
L'organizzazione si dota di un sistema per la prevenzione della TVP appropriato
<b>INDICATORE 1</b>
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1.000 dimessi con DRG chirurgico
<b>NUMERATORE</b>
Numero di dimessi con trombosi venosa profonda o embolia polmonare in diagnosi secondaria
<b>DENOMINATORE</b>
Numero dimessi con DRG chirurgico
<b>STANDARD BASE</b> <2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C6.4.3) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b>
% embolie rilevate da SDO rispetto alla cartella clinica
<b>NUMERATORE</b>
Numero di embolie rilevate da SDO
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di embolie rilevate in cartella clinica
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> SDO e cartelle cliniche (giorno indice)

### C3.2 Realizzazione intervento

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<b>REQUISITO C3.2.1</b>
Il registro di sala operatoria è informatizzato
<b>INDICATORE</b>
Informatizzazione della registrazione dei dati di sala operatoria secondo requisiti definiti a livello regionale (assicurarsi che ci sia come campo obbligatorio la data e ore magari con rilevazione automatica)
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO C3.2.2</b>
L'organizzazione si dota di un sistema adeguato di gestione della sicurezza in sala operatoria
<b>INDICATORE 1</b>
% di procedure effettuate con l'adozione della check list di sala operatoria coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale <i>(fare riferimento a tutte le sale operatorie afferenti alla struttura organizzativa funzionale)</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di procedure effettuate con l'adozione della check list di sala operatoria coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di procedure effettuate
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b>
% di procedure effettuate con contrassegno del sito-lato coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale
<b>NUMERATORE</b>
Numero di procedure effettuate con contrassegno del sito-lato coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale
<b>DENOMINATORE</b>
Numero procedure effettuate che necessitano distinzione sito-lato
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b>
% di procedure effettuate con supporto strumento strutturato per conteggio garze e strumentario e tracciabilità del materiale per procedure di sterilizzazione e dei dispositivi impiantati
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

Numero di procedure effettuate con supporto strumento strutturato per conteggio garze e strumentario e tracciabilità del materiale per procedure di sterilizzazione e dei dispositivi impiantati	
<b>DENOMINATORE</b>	Numero totale procedure
<b>STANDARD BASE</b>	90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b>	
Esiste una procedura aziendale per gestire l'accesso alle prestazioni chirurgiche dei pazienti allergici al lattice	
<b>STANDARD BASE</b>	si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	documenti aziendali
<b>REQUISITO C3.2.3</b>	
Si garantiscono volumi di attività e impiego di procedure chirurgiche coerenti con gli standard di qualità definiti a livello internazionale	
<i>nota: si fa riferimento ai documenti regionali programmatici, in particolare il PSSR</i>	
<b>INDICATORE 1</b>	
Numero di interventi di tipo X <sup>1</sup> maggiore di N <sup>2</sup>	
<b>NUMERATORE</b>	Numero di interventi di tipo X realizzati
<b>DENOMINATORE</b>	Numero di interventi di tipo X attesi
<b>STANDARD BASE</b>	raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b>	
% di interventi di tipo X realizzati in laparoscopia	
<b>NUMERATORE</b>	Numero di interventi " di tipo X" in laparoscopia
<b>DENOMINATORE</b>	Totale interventi "di tipo X"
<b>STANDARD BASE</b>	raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	monitoraggio interno

<sup>1</sup> Per ciascuna specialità i tipi di intervento sono definiti in base ai dati della letteratura internazionale

<sup>2</sup> Per ciascuna specialità il volume di interventi per ciascuna tipologia è definito in base ai dati di letteratura internazionale

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

<b>REQUISITO C3.2. (M47)*</b> Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche
<b>INDICATORE 3</b> Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

### C 3.4 Decesso

<b>REQUISITO C.3.4.1</b> L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi
<b>INDICATORE 1</b> % morti encefaliche individuate
<b>NUMERATORE</b> Numero morti encefaliche
<b>DENOMINATORE</b> Numero decessi con lesioni cerebrali nelle UTI
<b>STANDARD BASE</b> >50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT e sistema di valutazione delle performance (B6.1.1)
<b>INDICATORE 2</b>

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

% donatori effettivi di organi
<b>NUMERATORE</b> Numero donatori effettivi
<b>DENOMINATORE</b> Numero morti encefaliche
<b>STANDARD BASE</b> >49%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT e sistema di valutazione delle performance (B6.1.2)

#### **C4.1 Dimissioni**

<b>REQUISITO C4.1. (M48)</b> Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO C4.1. (M49)*</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
<b>INDICATORE 1</b> Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % ricoveri maggiori di 30 giorni
<b>NUMERATORE</b> Numero dimessi con degenza > 30gg
<b>DENOMINATORE</b>

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero dimessi
<b>STANDARD BASE</b> < 1,5%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C8a.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di dimissioni con attivazione ADI <i>(E' necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dimissioni con attivazione ADI
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dimissioni
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO C4.1. (M50)</b> Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati



Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

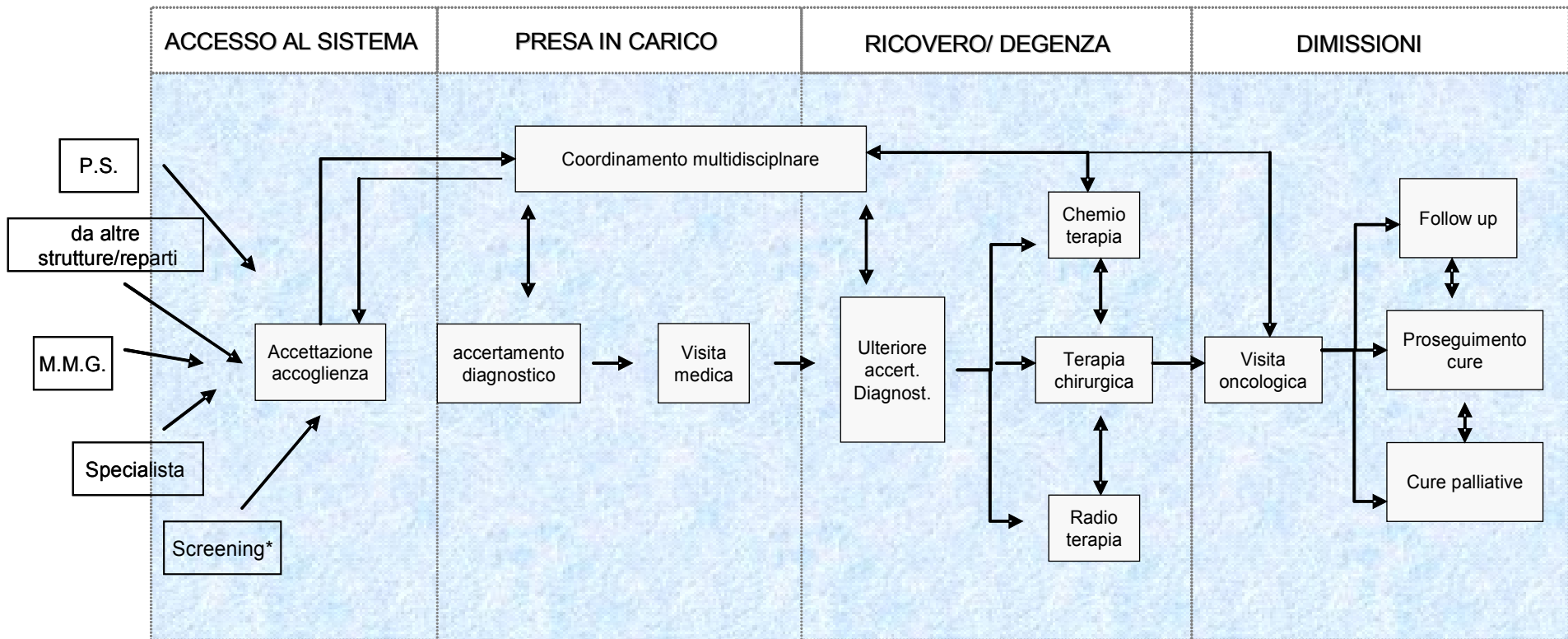
<b>REQUISITO C4.1. (M51)*</b> Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
<b>INDICATORE</b> % lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(Si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale lettere di dimissioni
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione delle cartelle cliniche</i>

<b>REQUISITO C4.1. (M52)</b> La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati

**Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica**

<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report infagine ricoveri</i> ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

Tabella n. 2 area oncologica - diagramma di flusso: oncologia



Percorso di Area oncologica: oncologia			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ONCA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONCA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONCA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	ONCA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	ONCA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONCM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ONCM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ONCM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ONCM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ONCM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	ONCM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	ONCM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	ONCM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	ONCM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	ONCM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
	ONCM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

<b>Percorso di Area oncologica: oncologia</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	ONCM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONCM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONCM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONCM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONCM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONCM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>ONC1. ACCESSO AL SISTEMA</b>	ONC1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONC1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
<b>onc1.1 accettazione e accoglienza</b>	ONC 1.1.1 L'organizzazione ha un servizio di accoglienza dedicato/competente	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

<b>Percorso di Area oncologica: oncologia</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	ONC1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>ONC2. PRESA IN CARICO</b>	ONC2.1 E' effettuata una presa in carico, per tutto il percorso di cura del paziente appropriata, efficace e tempestiva	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>onc 2.1 Accertamento diagnostico</b>	ONC 2.1.1 La refertazione del pezzo anatomico successiva al trattamento chirurgico è tempestiva ed efficace	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>onc 2.2 Visita medica</b>			
<b>onc 2.3 Coordinamento multidisciplinare</b>			
<b>ONC3. RICOVERO/DEGENZA</b>	ONC 3.1 E' garantito un supporto psicologico adeguato al paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONC3.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC3.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC3.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC3.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC3.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ONC3.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ONC3.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	ONC3.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT

## Percorso di Area oncologica: oncologia

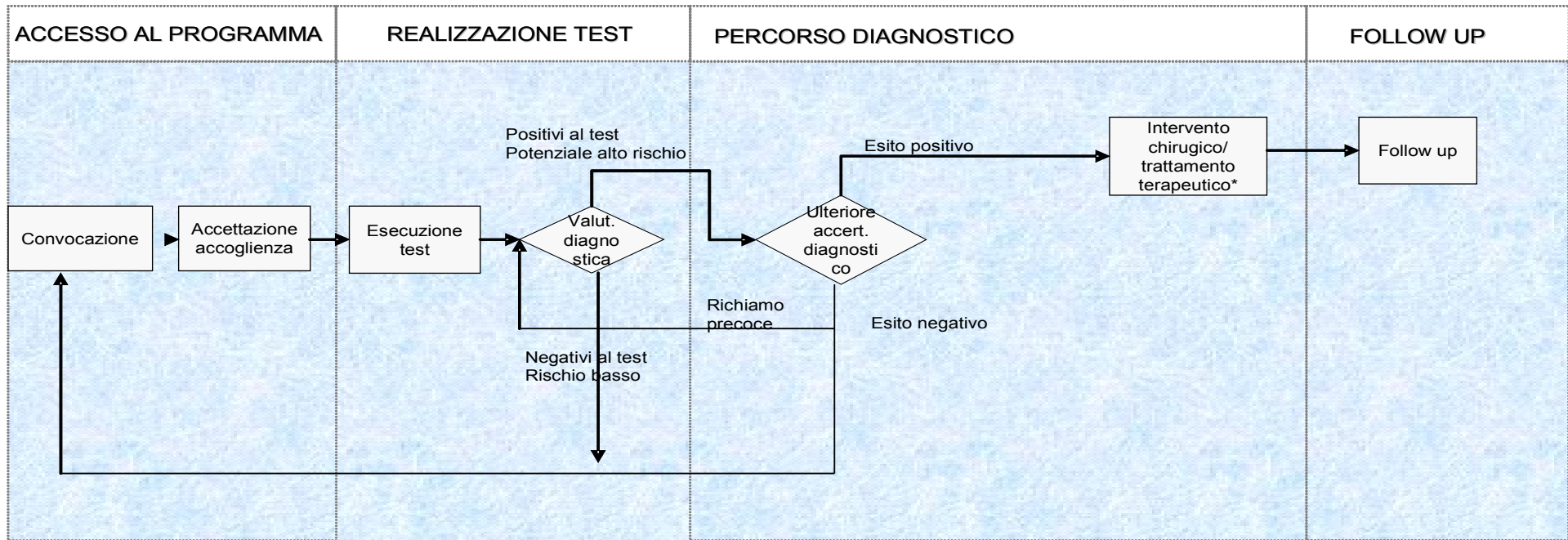
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
ONC3.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
ONC3.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

<b>Percorso di Area oncologica: oncologia</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	ONC3. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>onc 3.1 Ulteriore accertamento diagnostico</b>			
<b>onc 3.2 Chemioterapia, Terapia chirurgica, Radioterapia</b>	ONC 3.2.1 L'attivazione del trattamento (chemioterapico, radioterapico e chirurgico) è tempestivo	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONC 3.2.2 Il sistema di gestione dei chemioterapici antitumorali è centralizzato	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONC3.2.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>ONC 4. DIMISSIONI</b>	ONC 4.1 La continuità del processo di cura e assistenziale è garantita	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC4.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC4. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC4.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>onc 4.1 Visita oncologica</b>			
<b>onc 4.2 Follow up</b>			



<b>Percorso di Area oncologica: oncologia</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
<b>onc 4.2 Proseguimento cure</b>	ONC 4.2.1 Alla dimissione è gestita la continuità delle cure oncologiche, comprese le cure fisioterapiche e riabilitative e di supporto, e l'attivazione tempestiva dell'ADI laddove richiesta	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>onc 4.3 Cure palliative</b>	ONC 4.3.1 E' garantito il contatto con il servizio di cure palliative	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 2 area oncologica - diagramma di flusso: screening



\*vedi percorso oncologico

## Percorso di Area oncologica - screening

REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
SCREEA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
SCREEA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
SCREEA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
SCREEA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
SCREEA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SCREEM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SCREEM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SCREEM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SCREEM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SCREEM5. * E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
SCREEM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti.	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
SCREEM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
SCREEM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
SCREEM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
SCREEM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
SCREEM11. * La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

<b>Percorso di Area oncologica - screening</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	SCREEM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREEM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREEM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREEM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREEM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SCREEM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro.....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>SCREE 1. ACCESSO AL PROGRAMMA</b>	SCREE1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SCREE1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
<b>scree1.1 Convocazione</b>	SCREE 1.1.1 Date e orari degli appuntamenti per la realizzazione del test sono gestiti in maniera flessibile.	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 1.1.2 Le lettere di invito sono conformi al format regionale	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 1.1.3 I dati degli assistibili sono affidabili	Gestione dati	MANAGEMENT
<b>scree 1.2 Accettazione e accoglienza</b>	SCREE1.2 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE1.2 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

<b>Percorso di Area oncologica - screening</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	SCREE1.2 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 1.2(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>SCREE 2. REALIZZAZIONE TEST</b>	SCREE 2.1 Il livello di estensione ai programmi di screening oncologici è conforme ai target LEA nazionali e alle indicazioni regionali	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 2.2. Il livello di adesione ai programmi di screening oncologici è conforme ai target LEA nazionali e alle indicazioni regionali	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 2.3 I tempi di consegna dei referti sono adeguati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	SCREE 2.4 E' previsto un percorso di supporto adeguato per gli operatori sanitari che sono a diretto contatto con i pazienti che andranno inseriti nel percorso diagnostico	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
<b>scree2.1 Esecuzione test</b>			
<b>scree 2.2 Valutazione diagnostica</b>	SCREE 2.2.1 E' previsto un percorso di supporto adeguato per gli operatori sanitari che sono a diretto contatto con i pazienti che andranno inseriti nel percorso diagnostico	Formazione	MANAGEMENT
	SCREE 2.2.2 E' garantita l'efficacia degli esami diagnostici	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 2.2.3 I soggetti positivi al test (individuati come ad alto rischio potenziale) sono inseriti nel percorso diagnostico in maniera tempestiva	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE2.(M25) * Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.		
<b>SCREE 3. PERCORSO DIAGNOSTICO</b>	SCREE 3. I tempi di effettuazione del trattamento chirurgico sono adeguati.	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SCREE 3.(M26) * I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 3.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 3.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

<b>Percorso di Area oncologica - screening</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	SCREE 3.(M31) * Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 3.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	SCREE 3.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un data base per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Formazione	MANAGEMENT
	SCREE 3.(M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Gestione dati	MANAGEMENT
	SCREE 3.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 3.(M36) * Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 3.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 3. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 3. (M42) * L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>scree 3.1 Ulteriore accertamento diagnostico</b>			
<b>scree 3.2 Intervento chirurgico/ trattamento terapeutico( vedi percorso oncologico)</b>			
<b>SCREE 4. FOLLOW UP</b>	SCREE 4.1 L'insorgere di cancro intervallo è monitorato periodicamente <i>(nota: si fa riferimento al tumore della mammella)</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

## Percorso di Area oncologica: oncologia

### GENERALI AZIENDALI

<p><b>REQUISITO ONCA1.*</b> Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p><b>INDICATORE</b> % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero impegni raggiunti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero impegni regionali</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 75%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B16.1.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO ONCA2.</b> E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p><b>INDICATORE</b> Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 40 ore settimanali</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO ONCA3.</b> Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p><b>INDICATORE</b> Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> <math>\sum (FLU_i \times W_i)</math> FLU<sub>i</sub> indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W<sub>i</sub> indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> <math>\sum W_i</math> W<sub>i</sub> indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance (B8) ; *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*  
 nota: indicatore aziendale complessivo

**REQUISITO ONCA4.**

*E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)*

**INDICATORE 1**

*% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni*

**NUMERATORE**

*Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali*

**DENOMINATORE**

*Numero di visite specialistiche totali esaminate*

**STANDARD BASE** 70%

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance ; *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*

**INDICATORE 2**

*% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni*

**NUMERATORE**

*Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali*

**DENOMINATORE**

*Numero di esami diagnostici totali esaminati*

**STANDARD BASE** 60 %

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance ; *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*

**REQUISITO ONCA5.**

*L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee*

**INDICATORE 1**

*Qualità del processo donazione di tessuto corneale*

**NUMERATORE**

*Numero donatori di tessuto corneale*

**DENOMINATORE**



Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero decessi $\geq 5$ anni e $\leq 75$ anni
<b>STANDARD BASE</b> $\geq 5\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT
<b>INDICATORE 2</b> Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts
<b>NUMERATORE</b> Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts
<b>DENOMINATORE</b> Numero decessi $\geq 4$ anni e $\leq 75$ anni
<b>STANDARD BASE</b> $\geq 2\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT

## REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

<b>REQUISITO ONCM1.</b> I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
<b>INDICATORE</b> Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO ONCM2.</b> Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti (Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")
<b>NUMERATORE</b> Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
<b>DENOMINATORE</b> Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; laddove non

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

<p><i>attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO ONCM3.</b> Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p><b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 35%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO ONCM4.</b> E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p><b>INDICATORE</b> % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione <i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>REQUISITO ONCM5.*</b> E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza</p>

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

del paziente della Regione Toscana
<b>INDICATORE</b> Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ONCM6.</b> L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
<b>INDICATORE 1</b> Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ONCM7.</b> Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
<b>INDICATORE</b> % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ONCM8.</b> Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
--

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>INDICATORE 1</b> % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>REQUISITO ONCM9.</b>
Il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i> è diffuso agli operatori
<b>INDICATORE</b>
% di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
<b>DENOMINATORE</b>
Totale operatori
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ONCM10.</b>
Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
<b>INDICATORE</b>
Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ONCM11.*</b>
La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
<b>INDICATORE 1</b>
% di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(Per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC )</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>INDICATORE 2</b>
% di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>NUMERATORE</b>
Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale

<b>REQUISITO ONCM12.</b>
Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 1</b>
Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di lavaggio mani effettuate
<b>DENOMINATORE</b>
Numero occasioni di lavaggio mani
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio del lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 2</b>
Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b>
Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b>
Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi ( per ambulatori)
<b>STANDARD BASE</b> coerente con dati letteratura internazionale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> farmacia
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO ONCM13.</b> Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
<b>INDICATORE 1</b> Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio resistenze
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p><b>REQUISITO ONCM14.</b></p> <p>E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili  <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i></p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>REQUISITO ONCM15.</b></p> <p>Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero pazienti anziani ricoverati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 80%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale  <i>( il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 3</b></p> <p>Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Cadute che esitano in un sinistro</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> &gt;1</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i></p>



Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>INDICATORE 4</b> % di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato un audit</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero <i>di audit sulle cadute con danno</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero cadute con danno
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO ONCM16.</b> I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
<b>INDICATORE</b> Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ONCM17.</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
<b>INDICATORE</b> Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>NUMERATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

## ONC1. Accesso al sistema

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>REQUISITO ONC1. (M18)</b> Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
<b>INDICATORE</b> % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio applicazione supporto braccialetto

<b>REQUISITO ONC1. (M19)</b> L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ONC1. (M20)</b> <i>spostato a livello aziendale: A4</i>
--

### ONC1.1 Accettazione e accoglienza

<b>REQUISITO ONC 1.1.1</b> L'organizzazione ha un servizio di accoglienza dedicato/competente
<b>INDICATORE</b> Presenza di personale dedicato
<b>STANDARD BASE</b> si

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO ONC1.1 (M21)</b> Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO ONC1.1 (M22)</b> E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO ONC1.1 (M23)</b> Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti che sono stati intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO ONC1.1 (M24)</b>

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
<b>INDICATORE</b> Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

## **ONC2. Presa in carico**

<b>REQUISITO ONC2.1</b> E' effettuata una presa in carico, per tutto il percorso di cura del paziente appropriata, efficace e tempestiva
<b>INDICATORE 1</b> % valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc) sui pazienti con referto di diagnosi oncologica del Servizio di Anat. Pat.
<b>NUMERATORE</b> Numero valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc)
<b>DENOMINATORE</b> Numero referti con diagnosi oncologica del Servizio di Anat. Pat.
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc) sul numero di biopsie pre-trattamento
<b>NUMERATORE</b> Numero valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc)
<b>DENOMINATORE</b> Numero di biopsie pre-trattamento
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato ( valore a tendere 70% )</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 4</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 5</b> % pazienti che vengono visitati entro 2 giorni dalla richiesta <i>di prenotazione all'accoglienza</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti che vengono visitati entro 2 giorni dalla richiesta <i>di richiesta di prenotazione all'accoglienza</i>

<b>DENOMINATORE</b> Numero totale richieste
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

### ONC2.1 Accertamento diagnostico

<b>REQUISITO ONC 2.1.1</b> La refertazione del pezzo anatomico successiva al trattamento chirurgico è tempestiva ed efficace
<b>INDICATORE 1</b> % referti prodotti entro quanto stabilito per tipologia di referto (5 gg per citologia, 15 gg per pezzo operatorio senza approfondimento biomolecolare, 30 gg per pezzo operatorio con approfondimento biomolecolare)
<b>NUMERATORE</b> Numero referti prodotti entro quanto stabilito
<b>DENOMINATORE</b> Numero referti prodotti
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che vengono <i>trattati</i> secondo quanto stabilito dalle linee guida
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti che vengono <i>trattati</i> secondo quanto stabilito dalle linee guida
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti visitati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione cartelle cliniche</i>

### ONC3. Ricovero/degenza

<b>REQUISITO ONC 3.1</b> E' garantito un supporto psicologico adeguato al paziente
<b>INDICATORE</b> Esistenza di programma e azioni specifiche per il supporto in coerenza con le indicazioni regionali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

<p><b>REQUISITO ONC3. (M25)*</b></p> <p>Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 80%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p><b>REQUISITO ONC3. (M26)*</b></p> <p>I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 85%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p><b>REQUISITO ONC3. (M27)</b></p> <p>E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p><i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC attestazione buona pratica</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p><b>REQUISITO ONC3. (M28)</b> Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari</p>
<p><b>INDICATORE 1</b> % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Totale medici</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> formazione aziendale</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute dai medici erano chiare</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute dai medici erano chiare</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute dagli infermieri erano chiare</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute dagli infermieri erano chiare</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO ONC3. (M29)</b> La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento</p>
<p><b>INDICATORE</b></p>

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

% pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 75 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ONC3. (M30)</b> L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
<b>per strutture ospedaliere pubbliche</b>
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 30%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>per casa di cura:</b>
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b>



**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO ONC3. (M31)*</b> Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di audit svolti in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 2</b> Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di M&M svolte in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
<b>NUMERATORE</b> Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
<b>DENOMINATORE</b> Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

<b>STANDARD BASE</b> <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>NUMERATORE</b> Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>DENOMINATORE</b> Numero eventi sentinella totale
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 5</b> % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>NUMERATORE</b> Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>

<b>REQUISITO ONC3. (M32)</b> Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
<b>STANDARD BASE</b> 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<i>clinico</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero operatori sanitari</i>
<b>STANDARD BASE 50 %</b> <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i>

<b>REQUISITO ONC3. (M33)</b> Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
<b>INDICATORE</b> Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale e Centro GRC per sinistri

<b>REQUISITO ONC3. (M34)</b> E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
<b>INDICATORE</b> % ricoveri ripetuti con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di ricoveri ripetuti entro i 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C5.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ONC3. (M35)</b> I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare ( <i>per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?"</i> )
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO ONC3. (M36)*</b> Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
<b>INDICATORE</b> % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a <i>basso</i> peso molecolare si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)  ( <i>E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.</i> )
<b>NUMERATORE</b> Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
<b>STANDARD BASE</b> 70%

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i></p>
<p><b>REQUISITO ONC3. (M37)</b> I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati</p>
<p><b>INDICATORE</b> Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento</p>
<p><b>STANDARD BASE</b>    si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali</p>
<p><b>REQUISITO ONC3. (M38)</b> <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i></p>
<p><b>INDICATORE 1</b> % di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero schede MEWS correttamente compilate</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche</p>
<p><b>INDICATORE 2</b>    <i>abrogato</i></p>
<p><b>INDICATORE 3</b>    <i>abrogato</i></p>
<p><b>INDICATORE 4</b> % mortalità nei DRG a bassa mortalità</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero deceduti con DRG a bassa mortalità</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero dimessi con DRG a bassa mortalità</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>INDICATORE 5</b></p>

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

<i>% pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt;</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ONC3. (M39)</b> Esiste un sistema di gestione del dolore
<b>INDICATORE 1</b> Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
<b>NUMERATORE</b> Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti ; <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>si</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali
<b>INDICATORE 4</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 5</b> % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO ONC3. (M40)*</b>                  Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc</p>
<p><b>INDICATORE</b>                  % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale  <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>                  Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b>                  Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche</p>
<p><b>REQUISITO ONC3. (M41)</b>                  Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura</p>
<p><b>INDICATORE</b>                  % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti</p>
<p><b>NUMERATORE</b>                  Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b>                  Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO ONC3. (M42)*</b>                  L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici</p>
<p><b>INDICATORE 1</b>                  Evidenza della diffusione del report</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>aziendale (es. indagini di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

<b>REQUISITO ONC3. (M43)</b> L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
<b>INDICATORE 1</b> Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni da CVC
<b>DENOMINATORE</b> Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
<b>STANDARD BASE</b> coerente con dati di letteratura internazionale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno del tasso di infezioni

<b>REQUISITO ONC3. (M44)</b> Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
<b>INDICATORE 1</b>



Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>

<b>REQUISITO ONC3. (M45)</b> Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
<b>INDICATORE</b> % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

<b>REQUISITO ONC3. (M46)</b> Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
<b>INDICATORE</b> % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio nutrizionale
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

### ONC3.2 Chemioterapia, Terapia chirurgica, Radioterapia

<b>REQUISITO ONC 3.2.1</b> L'attivazione del trattamento (chemioterapico, radioterapico e chirurgico) è tempestivo
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che iniziano la chemioterapia entro 30 gg dall'intervento chirurgico

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti che iniziano la chemioterapia entro 30 gg dall'intervento chirurgico
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale pazienti operati che devono iniziare la chemioterapia
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che iniziano la chemioterapia entro 10 gg dalla visita GOM
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti che iniziano la chemioterapia entro 10 gg dalla visita GOM
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale pazienti visitati dal GOM che devono iniziare la chemioterapia
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % pazienti che iniziano la radioterapia dalla visita GOM entro i tempi definiti dai diversi protocolli per le principali patologie neoplastiche (tempi da definire a seconda della finalità del trattamento)
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti che iniziano la radioterapia dalla visita GOM entro i tempi definiti dai diversi protocolli per le principali patologie neoplastiche
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale pazienti visitati dal GOM che devono iniziare la radioterapia
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione: Linee Guida, Conferenza Stato Regioni
<b>INDICATORE 4</b> % pazienti che eseguono intervento chirurgico entro 30 gg. dall'inserimento nella lista d'attesa
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti che eseguono intervento chirurgico entro 30 gg. dall'inserimento nella lista d'attesa
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale pazienti visitati che devono effettuare intervento chirurgico
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione: Linee Guida, Conferenza Stato Regioni
<b>REQUISITO ONC 3.2.2</b>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Il sistema di gestione dei chemioterapici antitumorali è centralizzato
<b>INDICATORE</b> Applicazione della buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO ONC3.2 (M47)*</b> Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche
<b>INDICATORE 3</b> Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

#### ONC4. Dimissioni

<b>REQUISITO ONC 4.1</b> La continuità del processo di cura e assistenziale è garantita
<b>INDICATORE</b> % di dimissioni con programmazione delle tappe successive del trattamento di cura dei pazienti con terapia complessa
<b>NUMERATORE</b>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di dimissioni con programmazione delle tappe successive del trattamento di cura
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dimissioni di pazienti con terapia complessa
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO ONC4. (M48)</b> Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ONC4. (M49)*</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
<b>INDICATORE 1</b> Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % ricoveri maggiori di 30 giorni
<b>NUMERATORE</b> Numero dimessi con degenza > 30gg
<b>DENOMINATORE</b> Numero dimessi
<b>STANDARD BASE</b> < 1,5 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C8a.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p><b>INDICATORE 3</b>  <i>% di dimissioni con attivazione ADI</i>  <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero di dimissioni con attivazione ADI</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>  <i>Numero di dimissioni</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p><b>REQUISITO ONC4. (M50)</b>  Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare</p>
<p><b>INDICATORE 1</b>  <i>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>  <i>Numero di pazienti intervistati</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>INDICATORE 2</b>  <i>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>  <i>Numero di pazienti intervistati</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p><b>REQUISITO ONC4. (M51)*</b></p>
--------------------------------------

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
<b>INDICATORE</b> % di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale lettere di dimissioni
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione delle cartelle cliniche</i>

<b>REQUISITO ONC4. (M52)</b> La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b>

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

#### **ONC4.2 Proseguimento cure**

<b>REQUISITO ONC 4.2.1</b> Alla dimissione è gestita la continuità delle cure oncologiche, comprese le cure fisioterapiche e riabilitative e di supporto, e l'attivazione tempestiva dell'ADI laddove richiesta
<b>INDICATORE</b> % pazienti <i>dimessi</i> con richiesta (in cartella o UVM) gestiti sul territorio (ADI/Hospice)
<b>NUMERATORE</b> Pazienti <i>dimessi</i> con richiesta (in cartella o UVM)
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti <i>dimessi</i> gestiti sul territorio ADI/Hospice
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

#### **ONC4.3 Cure palliative**

<b>REQUISITO ONC 4.3.1</b> E' garantito il contatto con il servizio di cure palliative
<b>INDICATORE</b>

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

% dimessi con prenotazione al servizio di cure palliative
<b>NUMERATORE</b> Numero dimessi con prenotazione al servizio di cure palliative
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti dimessi eleggibili
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno



## Percorso di Area oncologica: screening

### GENERALI AZIENDALI

<p><b>REQUISITO SCREEA1. *</b> Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p><b>INDICATORE</b> % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero impegni raggiunti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero impegni regionali</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 75%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo</p>

<p><b>REQUISITO SCREEA2.</b> E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p><b>INDICATORE</b> Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 40 ore settimanali</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>

<p><b>REQUISITO SCREEA3.</b> Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p><b>INDICATORE</b> Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> <math>\sum (FLU_i \times W_i)</math> FLU<sub>i</sub> indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W<sub>i</sub> indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> <math>\sum W_i</math> W<sub>i</sub> indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance (B8)  
 nota: indicatore aziendale complessivo

<p><b>REQUISITO SCREEA4.</b>  <i>E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</i></p>
<p><b>INDICATORE 1</b>  <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>  <i>Numero di visite specialistiche totali esaminate</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance</p>
<p><b>INDICATORE 2</b>  <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>  <i>Numero di esami diagnostici totali esaminati</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 60 %</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance</p>

<p><b>REQUISITO SCREEA5.</b>  <i>L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</i></p>
<p><b>INDICATORE 1</b>  <i>Qualità del processo donazione di tessuto corneale</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero donatori di tessuto corneale</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>  <i>Numero decessi &gt; = 5 anni e &lt; = 75 anni</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> &gt; = 5%</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT
<b>INDICATORE 2</b> Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts
<b>NUMERATORE</b> Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts
<b>DENOMINATORE</b> Numero decessi $\geq 4$ anni e $\leq 75$ anni
<b>STANDARD BASE</b> $\geq 2\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT

## REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

<b>REQUISITO SCREEM1.</b> I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
<b>INDICATORE</b> Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO SCREEM2.</b> Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti (Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")
<b>NUMERATORE</b> Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
<b>DENOMINATORE</b> Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

<b>REQUISITO SCREEM3.</b>
---------------------------

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p> <p><i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 35%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno )</p>

<p><b>REQUISITO SCREEM4.</b></p> <p>E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p> <p><i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>

<p><b>REQUISITO SCREEM5. *</b></p> <p>E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>

<p><b>REQUISITO SCREEM6.</b></p>
----------------------------------

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
<b>INDICATORE 1</b> Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO SCREEM7.</b> Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
<b>INDICATORE</b> % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

<b>REQUISITO SCREEM8.</b> Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
<b>INDICATORE 1</b> % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO SCREEM9.</b> Il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ” è diffuso agli operatori
<b>INDICATORE</b> % di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
<b>NUMERATORE</b> Numero di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

Totale operatori
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO SCREEM10.</b> Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
<b>INDICATORE</b> Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO SCREEM11. *</b> La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC )</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>NUMERATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale</p>
<p><b>REQUISITO SCREEM12.</b> Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani</p>
<p><b>INDICATORE 1</b> Compliance lavaggio mani operatori</p> <p><i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nel quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di lavaggio mani effettuate</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero occasioni di lavaggio mani</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio del lavaggio delle mani</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi ( per ambulatori)</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> coerente con dati letteratura internazionale</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> farmacia</p>
<p><b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</p>



Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 4</b> <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO SCREEM13</b> Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
<b>INDICATORE 1</b> Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio resistenze
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO SCREEM14.</b> E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>
<b>INDICATORE</b> Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
<b>STANDARD BASE</b> si

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO SCREEM15.</b> Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti anziani ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
<b>NUMERATORE</b> Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
<b>DENOMINATORE</b> Cadute che esitano in un sinistro
<b>STANDARD BASE</b> >1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato un audit</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero <i>di audit con cadute con danno</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero cadute con danno

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO SCREEM16.</b> I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
<b>INDICATORE</b> Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO SCREEM17.</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
<b>INDICATORE</b> Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>NUMERATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

### SCREE1. Accesso al programma

<b>REQUISITO SCREE1. (M18)</b> Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
<b>INDICATORE</b> % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

regionale
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio applicazione supporto braccialetto

<b>REQUISITO SCREE1. (M19)</b> L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

**REQUISITO SCREE1. (M20) spostato a livello aziendale: A4**

### SCREE1.1 Convocazione

<b>REQUISITO SCREE 1.1.1</b> Date e orari degli appuntamenti per la realizzazione del test sono gestiti in maniera flessibile.
<b>INDICATORE</b> Programmazione dell'attività con fasce orarie e giorni disponibili flessibile
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO SCREE 1.1.2</b> Le lettere di invito sono conformi al format regionale
<b>INDICATORE</b> Coerenza formato aziendale e regionale

<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO SCREE 1.1.3</b> I dati degli assistibili sono affidabili
<b>INDICATORE</b> % di lettere di convocazione inviate che risultano inesitate
<b>NUMERATORE</b> Numero di lettere inesitate
<b>DENOMINATORE</b> Numero convocazioni inviate
<b>STANDARD BASE</b> < 10 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO

### SCREE1.2 Accettazione e accoglienza

<b>REQUISITO SCREE1.2 (M21)</b> Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO SCREE1.2 (M22)</b> E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO SCREE1.2 (M23)</b> Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti che sono stati intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

<b>REQUISITO SCREE1.2 (M24)</b> E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
<b>INDICATORE</b> Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

## SCREE2. REALIZZAZIONE TEST

<b>REQUISITO SCREE 2.1</b> Il livello di estensione ai programmi di screening oncologici è conforme ai target LEA nazionali e alle indicazioni regionali
<b>INDICATORE 1</b> Grado di estensione agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
<b>NUMERATORE</b> Numero soggetti invitati agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
<b>DENOMINATORE</b> Totale della popolazione bersaglio degli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
<b>STANDARD BASE</b> 90 % screening mammografico e screening cervice uterina, 60 % screening colon retto
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO sistema di valutazione delle performance (B5)
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>

<b>REQUISITO SCREE 2.2</b>
----------------------------

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

Il livello di adesione ai programmi di screening oncologici è conforme ai target LEA nazionali e alle indicazioni regionali
<b>INDICATORE</b> Grado di adesione agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
<b>NUMERATORE</b> Numero soggetti che hanno partecipato agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
<b>DENOMINATORE</b> Numero soggetti invitati agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
<b>STANDARD BASE</b> 60 % <i>screening mammografico</i> , 50% <i>screening cervice uterina</i> , 50 % <i>screening colon retto</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO sistema di valutazione delle performance (B5)

<b>REQUISITO SCREE 2.3</b> I tempi di consegna dei referti sono adeguati
<b>INDICATORE 1</b> Per referto mammografico: % di lettere con esito negativo (basso rischio) inviate entro un tempo stabilito dalla data del test di screening
<b>NUMERATORE</b> Numero di lettere con esito negativo inviate entro un tempo stabilito dalla data del test di screening
<b>DENOMINATORE</b> Numero di lettere con esito negativo inviate
<b>STANDARD BASE</b> 90% entro 21 giorni
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO
<b>INDICATORE 2</b> Per cervice uterina: % di referti con esito negativo (basso rischio) inviati entro un tempo stabilito dalla data del prelievo del Pap test
<b>NUMERATORE</b> Numero di referti con esito negativo inviati entro un tempo stabilito dalla data del prelievo del Pap test
<b>DENOMINATORE</b> Numero di referti con esito negativo inviati
<b>STANDARD BASE</b> 80% entro 4 settimane
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO
<b>INDICATORE 3</b> Per colon-retto: % di referti con esito negativo (basso rischio) inviati entro un tempo stabilito dalla data di

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

riconsegna del SOF
<b>NUMERATORE</b> Numero di referti con esito negativo inviati entro un tempo stabilito dalla data di riconsegna del SOF
<b>DENOMINATORE</b> Numero di referti con esito negativo inviati
<b>STANDARD BASE</b> 90% entro 21 giorni
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO

<b>REQUISITO SCREE 2.4</b> E' previsto un percorso di supporto adeguato per gli operatori sanitari che sono a diretto contatto con i pazienti che andranno inseriti nel percorso diagnostico
<b>INDICATORE 1</b> % di operatori che sono a diretto contatto con l'utenza che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione-aggiornamento all'anno
<b>NUMERATORE</b> Numero di operatori che sono a diretto contatto con l'utenza che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione-aggiornamento all'anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di operatori totale che sono a diretto contatto con l'utenza
<b>STANDARD BASE</b> 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> Attivazione di un percorso di counselling dedicato per gli operatori che sono a diretto contatto con l'utenza
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

## **SCREE2.2 Valutazione diagnostica**

<b>REQUISITO SCREE 2.2.1</b> E' previsto un apposito programma di monitoraggio per la valutazione della qualità tecnica per la erogazione del test
<b>INDICATORE 1</b> % Pap-test inadeguati
<b>NUMERATORE</b>



Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di Pap-test inadeguati
<b>DENOMINATORE</b> Numero di Pap-test effettuati
<b>STANDARD BASE</b> <7%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO
<b>INDICATORE 2</b> % di SOF inadeguati
<b>NUMERATORE</b> Numero di SOF inadeguati
<b>DENOMINATORE</b> Numero di SOF effettuati
<b>STANDARD BASE</b> <1%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO
<b>INDICATORE 3</b> % di richiami tecnici nello screening mammografico
<b>NUMERATORE</b> Numero di richiami tecnici nello screening mammografico
<b>DENOMINATORE</b> Numero di screening mammografici effettuati
<b>STANDARD BASE</b> <3%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO

<b>REQUISITO SCREE 2.2.2</b> E' garantita l'efficacia degli esami diagnostici
<b>INDICATORE 1</b> Mammografia: tasso di inadeguati (% di C1/B1 sul totale delle lesioni aspirate/biopsiate)
<b>NUMERATORE</b> Numero di C1/B1
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale delle lesioni aspirate/biopsiate
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> aziendale
<b>INDICATORE 2</b>

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

Cervice: % di campioni bioptici adeguati da biopsia in corso di colposcopia
<b>NUMERATORE</b> Numero di campioni bioptici adeguati da biopsia in corso di colposcopia
<b>DENOMINATORE</b> Numero di campioni bioptici totali da biopsia in corso di colposcopia
<b>STANDARD BASE</b> ≥90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> aziendale
<b>INDICATORE 3</b> Colon-retto: % di colonscopie complete
<b>NUMERATORE</b> Numero di colonscopie complete
<b>DENOMINATORE</b> Numero di colonscopie effettuate
<b>STANDARD BASE</b> ≥ 85%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO

<b>REQUISITO SCREE 2.2.3</b> I soggetti positivi al test (individuati come ad alto rischio potenziale) sono inseriti nel percorso diagnostico in maniera tempestiva
<b>INDICATORE 1</b> Mammografico: % primi esame di approfondimento effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test di screening positivo
<b>NUMERATORE</b> Numero di primi esame di approfondimento effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test di screening positivo
<b>DENOMINATORE</b> Numero di test di screening positivi
<b>STANDARD BASE</b> 90% entro 28 giorni
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO
<b>INDICATORE 2</b> Cervice uterina: % colposcopie effettuate entro un tempo stabilito dalla data di effettuazione del Pap test di screening positivo
<b>NUMERATORE</b> Numero colposcopie effettuate entro un tempo stabilito dalla data di effettuazione del Pap test di screening positivo

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>DENOMINATORE</b> Numero Pap test di screening positivo
<b>STANDARD BASE</b> 60% entro 28 giorni
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO
<b>INDICATORE 3</b> Colon-retto: % approfondimenti effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test positivo
<b>NUMERATORE</b> Numero di approfondimenti effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test positivo
<b>DENOMINATORE</b> Numero di test positivi
<b>STANDARD BASE</b> > 90% entro 30 giorni
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO

<b>REQUISITO SCREE2. (M25) *</b> Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

### SCREE3. Percorso diagnostico

<b>REQUISITO SCREE 3.</b> I tempi di effettuazione del trattamento chirurgico sono adeguati.
<b>INDICATORE 1</b> Mammografico: intervallo tra la data del test <i>di screening</i> e la data dell'intervento chirurgico
<b>NUMERATORE</b> Numero di interventi chirurgici effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

Numero di interventi chirurgici effettuati a seguito del test
<b>STANDARD BASE</b> Mammografico: 95 % entro 60 giorni
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO
<b>INDICATORE 2</b> Cervice: tempo tra la diagnosi pre-intervento e la data dell'intervento chirurgico <i>(l'intervallo di tempo inizia al momento dell'effettuazione della diagnosi, che avviene tramite il risultato dell'esame di approfondimento)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di interventi chirurgici effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test
<b>DENOMINATORE</b> Numero di interventi chirurgici effettuati a seguito del test
<b>STANDARD BASE</b> Cervice: > 90% entro 30 gg dalla data del test
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> aziendale
<b>INDICATORE 3</b> Colon-retto: tempo tra la diagnosi pre-intervento e la data dell'intervento chirurgico <i>(l'intervallo di tempo inizia al momento dell'effettuazione della diagnosi, che avviene tramite il risultato dell'esame di approfondimento)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di interventi chirurgici effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test
<b>DENOMINATORE</b> Numero di interventi chirurgici effettuati a seguito del test
<b>STANDARD BASE</b> Colon-retto: >90% entro 30 giorni
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso ISPO
<b>REQUISITO SCREE3. (M26) *</b> I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 85%

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>REQUISITO SCREE3. (M27)</b> E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
<b>INDICATORE</b> <i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC attestazione buona pratica
<b>REQUISITO SCREE3. (M28)</b> Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
<b>INDICATORE 1</b> % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>NUMERATORE</b> Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>DENOMINATORE</b> Totale medici
<b>STANDARD BASE</b> 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> formazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri )
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<i>Totale dei pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri )</i>
<b>REQUISITO SCREE3. (M31) *</b> Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di audit svolti in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 2</b> Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di M&M svolte in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
<b>NUMERATORE</b> Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
<b>DENOMINATORE</b> Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
<b>STANDARD BASE</b> <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli</i>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<i>eventi sentinella</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>NUMERATORE</b> Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>DENOMINATORE</b> Numero eventi sentinella totale
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 5</b> % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>NUMERATORE</b> Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>REQUISITO SCREE3. (M32)</b> Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
<b>STANDARD BASE</b> 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero operatori sanitari</p>
<p><b>STANDARD BASE 50 %</b></p> <p>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>

<p><b>REQUISITO SCREE3. (M33)</b></p> <p>Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale e Centro GRC per sinistri</p>

<p><b>REQUISITO SCREE3. (M34)</b></p> <p>E' garantita la qualità delle prestazioni erogate</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di ricoveri</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C5.1)</p>

<p><b>REQUISITO SCREE3. (M35)</b></p> <p>I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta</p>



**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti)
<b>INDICATORE 2</b>
% di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare ( per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?")
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile)

<b>REQUISITO SCREE3. (M36) *</b>
Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
<b>INDICATORE</b>
% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)  (E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)
<b>NUMERATORE</b>
Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
<b>DENOMINATORE</b>
Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<b>REQUISITO SCREE3. (M37)</b> I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
<b>INDICATORE</b> Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

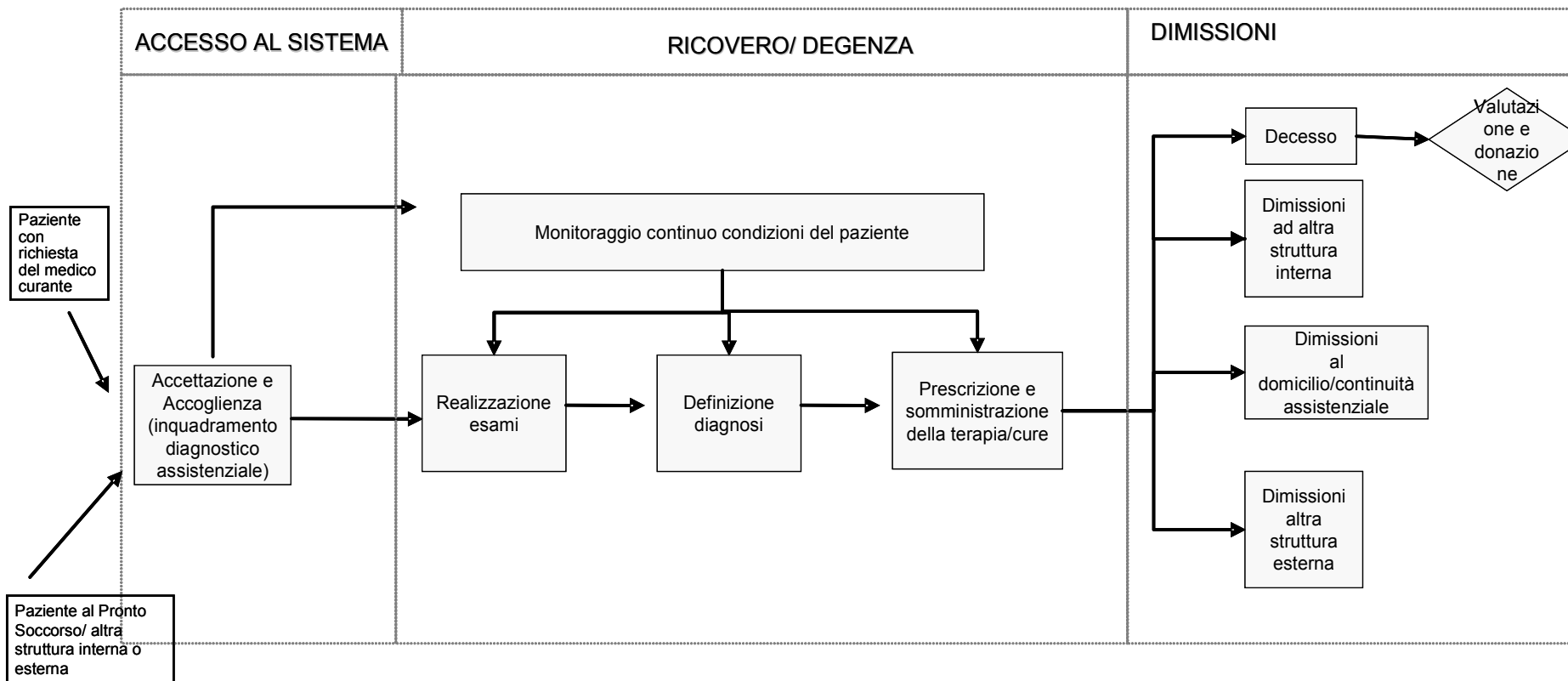
<b>REQUISITO SCREE3. (M41)</b> Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
<b>INDICATORE</b> % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

<b>REQUISITO SCREE3. (M42) *</b> L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
<b>INDICATORE 1</b> Evidenza della diffusione del report
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate

**Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica**

<b>STANDARD BASE</b> % segnalata coerente con la letteratura internazionale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche
<b>SCREE4. Follow up</b>
<b>REQUISITO SCREE 4.1</b> L'insorgere di cancri intervallo è monitorato periodicamente <i>(nota: si fa riferimento al tumore della mammella)</i>
<b>INDICATORE</b> Formalizzazione e adesione a procedure di verifica continua della casistica
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio con dati, visite, revisione di casistica

Tabella n. 3 diagramma di flusso area medica



Percorso di Area medica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	MEA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MEA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MEA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	MEA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	MEA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MEM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MEM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MEM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MEM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MEM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MEM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MEM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	MEM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	MEM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	MEM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
	MEM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

<b>Percorso di Area medica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	MEM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MEM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MEM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili (Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MEM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MEM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MEM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>ME1. ACCESSO AL SISTEMA</b>	ME1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ME1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
<b>me1.1 Accettazione e accoglienza (inquadramento diagnostico assistenziale)</b>	ME1.1.1 La prestazione sanitaria è erogata nell'adeguato setting assistenziale	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ME1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

<b>Percorso di Area medica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	ME1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>ME2. RICOVERO/DEGENZA</b>	ME2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ME2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ME2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	ME2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	ME2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
	ME2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME2.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area medica		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
ME2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>me 2.1 Monitoraggio continuo delle condizioni</b>		
<b>me 2.2 Realizzazione esami</b>		
ME 2.2.1 Sono concordati con i servizi di supporto sanitario (diagnostica strumentale e di laboratorio, consulenze...) i tempi di attesa per la consegna dei risultati della prestazione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME 2.2.2 Il modulo di richiesta relativo agli esami di diagnostica per immagini deve contenere sia il quesito diagnostico che la tipologia di esame da effettuare in termini di proposta	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI



<b>Percorso di Area medica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
<b>me 2.3 Definizione diagnosi</b>			
<b>me 2.4 Prescrizione e somministrazione della terapia</b>	ME2.4.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>ME3. DIMISSIONE</b>	ME3.1.1 L'organizzazione adotta un sistema di segnalazione per pazienti cronici che <i>necessitano di un supporto ulteriore oltre quello erogato</i> da parte del medico di riferimento	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ME3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ME3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ME3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ME3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>me 3.1 Dimissione ad altra struttura interna</b>			

<b>Percorso di Area medica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
<b>me 3.2 Dimissione al domicilio</b>			
<b>me 3.3 Dimissione ad altra struttura esterna</b>	ME 3.4.1 <i>spostato a livello aziendale: A5</i>		
<b>me 3.4 Decesso</b>			

## Percorso di Area medica

### GENERALI AZIENDALI

<p><b>REQUISITO MEA1.*</b> Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p><b>INDICATORE</b> % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero impegni raggiunti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero impegni regionali</p>
<p><b>STANDARD BASE 75%</b></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO MEA2.</b> E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p><b>INDICATORE</b> Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p><b>STANDARD BASE 40 ore settimanali</b></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO MEA3.</b> Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p><b>INDICATORE</b> Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> <math>\sum (FLU_i \times W_i)</math> FLU<sub>i</sub> indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W<sub>i</sub> indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> <math>\sum W_i</math> W<sub>i</sub> indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>STANDARD BASE 70%</b></p>

**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance (B8); *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*  
 nota: indicatore aziendale complessivo

**REQUISITO MEA4.**

*E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)*

**INDICATORE 1**

*% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni*

**NUMERATORE**

*Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali*

**DENOMINATORE**

*Numero di visite specialistiche totali esaminate*

**STANDARD BASE** 70%

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance ; *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*

**INDICATORE 2**

*% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni*

**NUMERATORE**

*Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali*

**DENOMINATORE**

*Numero di esami diagnostici totali esaminati*

**STANDARD BASE** 60 %

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance ; *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*

**REQUISITO MEA5.**

*L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee*

**INDICATORE 1**

*Qualità del processo donazione di tessuto corneale*

**NUMERATORE**

*Numero donatori di tessuto corneale*

**DENOMINATORE**

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

Numero decessi $\geq 5$ anni e $\leq 75$ anni
<b>STANDARD BASE</b> $\geq 5\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT
<b>INDICATORE 2</b> Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts
<b>NUMERATORE</b> Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts
<b>DENOMINATORE</b> Numero decessi $\geq 4$ anni e $\leq 75$ anni
<b>STANDARD BASE</b> $\geq 2\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT

## REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

<b>REQUISITO MEM1.</b> I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
<b>INDICATORE</b> Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO MEM2.</b> Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti (Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")
<b>NUMERATORE</b> Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
<b>DENOMINATORE</b> Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; laddove non

**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

<i>attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<p><b>REQUISITO MEM3.</b></p> <p>Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p> <p><i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 35%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO MEM4.</b></p> <p>E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p> <p><i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>REQUISITO MEM5.*</b></p> <p>E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>

**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MEM6.</b> L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
<b>INDICATORE 1</b> Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MEM7.</b> Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
<b>INDICATORE</b> % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MEM8.</b> Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
<b>INDICATORE 1</b> % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>REQUISITO MEM9.</b> Il <i>"Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza"</i> è diffuso agli operatori
<b>INDICATORE</b>



**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

% di operatori a cui è stato diffuso il “Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”
<b>NUMERATORE</b> Numero di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
<b>DENOMINATORE</b> Totale operatori
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MEM10.</b> Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
<b>INDICATORE</b> Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MEM11.*</b> La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC )</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale</p>
<p><b>REQUISITO MEM12.</b></p> <p>Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>Compliance lavaggio mani operatori</p> <p><i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nel quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di lavaggio mani effettuate</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero accessori di lavaggio mani</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio del lavaggio delle mani</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi ( per ambulatori)</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> coerente con dati letteratura internazionale</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> farmacia</p>
<p><b>INDICATORE 3</b></p>

**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b> <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report ricoveri indagine) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO MEM13.</b> Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
<b>INDICATORE 1</b> Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio resistenze
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO MEM14.</b> E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili

**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

<p><i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i></p>
<p><b>INDICATORE</b> Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>REQUISITO MEM15.</b> Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta</p>
<p><b>INDICATORE 1</b> % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti anziani ricoverati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 80%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 3</b> Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Cadute che esitano in un sinistro</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> &gt;1</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i></p>
<p><b>INDICATORE 4</b></p>

**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

% di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato</i> un audit
<b>NUMERATORE</b> Numero <i>di audit sulle</i> cadute con danno
<b>DENOMINATORE</b> Numero cadute con danno
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO MEM16.</b> I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
<b>INDICATORE</b> Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MEM17.</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
<b>INDICATORE</b> Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>NUMERATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

**ME1. Accesso al sistema**

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<b>REQUISITO ME1. (M18)</b> Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
<b>INDICATORE</b> % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio applicazione supporto braccialetto

<b>REQUISITO ME1. (M19)</b> L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

**REQUISITO ME1. (M20) spostato a livello aziendale: A4**

### ME1.1 Accettazione e accoglienza (inquadramento diagnostico assistenziale)

<b>REQUISITO ME1.1.1</b> La prestazione sanitaria è erogata nell'adeguato setting assistenziale
<b>INDICATORE</b> <i>% dimissioni con DRG Medico LEA sulle dimissioni con DRG Medico</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero dimissioni con DRG Medico LEA</i>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<b>DENOMINATORE</b> Numero dimissioni con DRG Medico
<b>STANDARD BASE</b> < 24,5 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione della performance (C4.8) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

<b>REQUISITO ME1.1 (M21)</b> Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ME1.1 (M22)</b> E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ME1.1 (M23)</b> Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti che sono stati intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
--

<b>REQUISITO ME1.1 (M24)</b> E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
<b>INDICATORE</b> Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

## ME2. Ricovero/degenza

<b>REQUISITO ME2. (M25)*</b> Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ME2. (M26)*</b> I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati



Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<b>STANDARD BASE</b> 85%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO ME2. (M27)</b> E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
<b>INDICATORE</b> <i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC attestazione buona pratica
<b>REQUISITO ME2. (M28)</b> Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
<b>INDICATORE 1</b> % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>NUMERATORE</b> Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>DENOMINATORE</b> Totale medici
<b>STANDARD BASE</b> 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> formazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

<i>Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dagli infermieri erano chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Totale dei pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ME2. (M29)</b> La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 75 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ME2. (M30)</b> L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
<b>per strutture ospedaliere pubbliche</b>
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 30%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</i>
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>per casa di cura:</b>
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ME2. (M31)*</b> Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di audit svolti in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 2</b> Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di M&M svolte in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<b>STANDARD BASE</b> 2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
<b>NUMERATORE</b> Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
<b>DENOMINATORE</b> Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
<b>STANDARD BASE</b> <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>NUMERATORE</b> Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>DENOMINATORE</b> Numero eventi sentinella totale
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 5</b> % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>NUMERATORE</b> Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>REQUISITO ME2. (M32)</b> Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p> <p>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>% di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero operatori sanitari</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 50 %</p> <p>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>REQUISITO ME2. (M33)</b></p> <p>Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale e Centro GRC per sinistri</p>
<p><b>REQUISITO ME2. (M34)</b></p> <p>E' garantita la qualità delle prestazioni erogate</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale</p>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C5.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ME2. (M35)</b> I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare ( per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?")
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ME2. (M36)*</b> Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
<b>INDICATORE</b> % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo

**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

<p>farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)</p> <p><i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i></p>

<p><b>REQUISITO ME2. (M37)</b></p> <p>I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali</p>

<p><b>REQUISITO ME2. (M38)</b></p> <p><i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i></p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero schede MEWS correttamente compilate</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i></p>
<p><b>INDICATORE 3</b> <i>abrogato</i></p>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<b>INDICATORE 4</b> <i>% mortalità nei DRG a bassa mortalità</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 5</b> <i>% pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt;</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO ME2. (M39)</b> Esiste un sistema di gestione del dolore
<b>INDICATORE 1</b> Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
<b>NUMERATORE</b> Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti ; <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>



Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<b>INDICATORE 3</b> <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>si</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali
<b>INDICATORE 4</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 5</b> % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> <i>80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ME2. (M40)*</b> Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
<b>INDICATORE</b> % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO ME2. (M41)</b> Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione
--

**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
<b>INDICATORE</b> % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ME2. (M42)*</b> L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
<b>INDICATORE 1</b> Evidenza della diffusione del report
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle revisionate
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

<b>REQUISITO ME2. (M43)</b> L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
<b>INDICATORE 1</b> Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica

**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

(medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni da CVC
<b>DENOMINATORE</b> Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
<b>STANDARD BASE</b> coerente con dati di letteratura internazionale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno del tasso di infezioni

<b>REQUISITO ME2. (M44)</b> Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
<b>INDICATORE 1</b> L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>

<b>REQUISITO ME2. (M45)</b> Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
<b>INDICATORE</b> % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<b>REQUISITO ME2. (M46)</b> Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
<b>INDICATORE</b> % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio nutrizionale
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

### ME2.2 Realizzazione esami

<b>REQUISITO ME 2.2.1</b> Sono concordati con i servizi di supporto sanitario (diagnostica strumentale e di laboratorio, consulenze...) i tempi di attesa per la consegna dei risultati della prestazione
<b>INDICATORE</b> % prestazioni realizzate nei tempi concordati
<b>NUMERATORE</b> Numero prestazioni realizzate nei tempi concordati
<b>DENOMINATORE</b> Totale prestazioni effettuate
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

<b>REQUISITO ME 2.2.2</b> Il modulo di richiesta relativo agli esami di diagnostica per immagini deve contenere sia il quesito diagnostico che la tipologia di esame da effettuare in termini di proposta
<b>INDICATORE</b> % di richieste compilate con la diagnosi e la proposta di esame
<b>NUMERATORE</b> Numero di richieste compilate con la diagnosi e la proposta di esame
<b>DENOMINATORE</b> Numero di richieste complessive
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)

**TIPOLOGIA FONTE** revisione cartelle cliniche

## ME2.4 Prescrizione e somministrazione della terapia

<p><b>REQUISITO ME2.4 (M47)*</b> Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.</p>
<p><b>INDICATORE 1</b> Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 80%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche</p>
<p><b>INDICATORE 3</b> Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>

## ME3. Dimissione

<p><b>REQUISITO ME3.1.1</b> L'organizzazione adotta un sistema di segnalazione per pazienti cronici che <i>necessitano di un supporto ulteriore oltre quello erogato</i> da parte del medico di riferimento</p>
<p><b>INDICATORE</b> Esistenza di un sistema di segnalazione per pazienti cronici</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali</p>

**REQUISITO ME3. (M48)**

**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ME3. (M49)*</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
<b>INDICATORE 1</b> Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % ricoveri maggiori di 30 giorni
<b>NUMERATORE</b> Numero dimessi con degenza > 30gg
<b>DENOMINATORE</b> Numero dimessi
<b>STANDARD BASE</b> < 1,5%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C8a.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di dimissioni con attivazione ADI <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dimissioni con attivazione ADI
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

<i>Numero di dimissioni</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ME3. (M50)</b> Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ME3. (M51)*</b> Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi ( es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
<b>INDICATORE</b> % di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
<b>NUMERATORE</b>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale lettere di dimissioni
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO ME3. (M52)</b> La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>



**Tabella n. 3 indicatori e standard area medica**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

### **ME3.4 Decesso**

<b>REQUISITO ME.3.4.1</b> <i>spostato a livello aziendale: A5</i>
---

Tabella n. 4 diagramma di flusso area critica

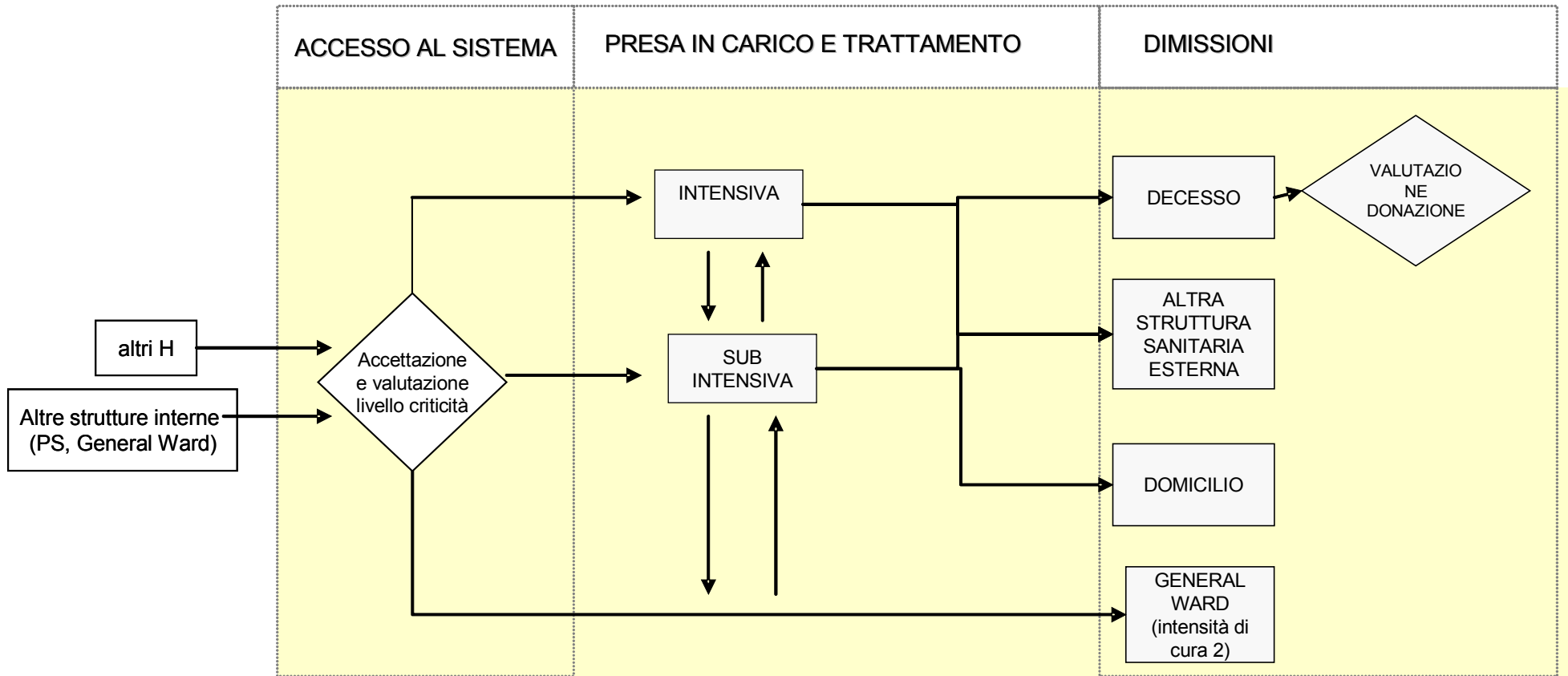


Tabella n. 4 requisiti area critica

Percorso di Area critica			
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA	
ICA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
ICA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
ICA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT	
ICA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT	
ICA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
ICM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
ICM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
ICM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
ICM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
ICM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
ICM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
ICM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT	
ICM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT	
ICM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT	
ICM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT	
ICM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Tabella n. 4 requisiti area critica

<b>Percorso di Area critica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	ICM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ICM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ICM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ICM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ICM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ICM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro.....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>IC1. ACCESSO AL SISTEMA</b>	IC1.1 Sono applicate le procedure per il turn over rapido del letto "sala rossa" <i>nota: il tempo è da valutare a seconda dell'organizzazione presente</i>	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	IC1(M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	IC1(M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	IC1(M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
<b>ic1.1 Accettazione e valutazione livello criticità</b>	IC1.1.1 <i>abrogato</i>		
	IC1.1.2 Esiste un sistema di attivazione condiviso ed efficace del team (minimo un rianimatore e un medico non dedicati) che gestisce il paziente critico	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 4 requisiti area critica

<b>Percorso di Area critica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	IC1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>IC2. PRESA IN CARICO E TRATTAMENTO</b>	IC2.1 E' applicata una politica di opening visiting hours (orario di apertura al pubblico libero o più ampio possibile) <i>disciplinata da un regolamento interno aziendale</i>	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2.2 Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	IC2(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	IC2(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	IC2(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	IC2(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT

Tabella n. 4 requisiti area critica

Percorso di Area critica		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
IC2(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
IC2(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 4 requisiti area critica

<b>Percorso di Area critica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	IC2(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	IC2(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>ic 2.1 Intensiva</b>	IC2.1.1 <i>abrogato</i>		
<b>ic 2.2 Subintensiva</b>	IC2.2 <i>abrogato</i>		
<b>IC3. DIMISSIONI</b>	IC3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	IC3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	IC3.4(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	IC3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>ic 3.1 Altra struttura sanitaria interna / esterna</b>			
<b>ic 3.2 Domicilio</b>			
<b>ic 3.3 General ward</b>			
<b>ic 3.4 Decesso</b>	IC.3.4.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

## Percorso di Area critica

### GENERALI AZIENDALI

<p><b>REQUISITO ICA1.*</b> Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p><b>INDICATORE</b> % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero impegni raggiunti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero impegni regionali</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 75%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO ICA2.</b> E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p><b>INDICATORE</b> Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 40 ore settimanali</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO ICA3.</b> Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p><b>INDICATORE</b> Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> <math>\sum (FLU_i \times W_i)</math> FLU<sub>i</sub> indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W<sub>i</sub> indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> <math>\sum W_i</math> W<sub>i</sub> indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>



**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B8) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p> <p>nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO ICA4.</b> E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di visite specialistiche totali esaminate</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di esami diagnostici totali esaminati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 60 %</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso TAT</p>
<p><b>REQUISITO ICA5.</b></p> <p>L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>Qualità del processo donazione di tessuto corneale</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero donatori di tessuto corneale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero decessi &gt; = 5 anni e &lt; = 75 anni</p>

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

<b>STANDARD BASE</b> $\geq 5\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT
<b>INDICATORE 2</b> <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero decessi <math>\geq 4</math> anni e <math>\leq 75</math> anni</i>
<b>STANDARD BASE</b> $\geq 2\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT

## REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

<b>REQUISITO ICM1.</b> I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
<b>INDICATORE</b> Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO ICM2.</b> Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
<b>DENOMINATORE</b> Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

<b>REQUISITO ICM3.</b>
Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
<b>INDICATORE</b>
% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ICM4.</b>
E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
<b>INDICATORE</b>
% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione <i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ICM5.*</b>
E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
<b>INDICATORE</b>
Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
<b>STANDARD BASE</b> si

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<p><b>REQUISITO ICM6.</b></p> <p>L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico</p>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<p><b>REQUISITO ICM7.</b></p> <p>Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative (<i>Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo"</i>)</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno</p>
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<p><b>REQUISITO ICM8.</b></p> <p>Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero schede compilate per ogni nuovo assunto</p>

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>REQUISITO ICM9.</b> Il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ” è diffuso agli operatori
<b>INDICATORE</b> % di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

Numero di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale operatori
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ICM10.</b> Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
<b>INDICATORE</b> Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ICM11.*</b> La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC )</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>NUMERATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<b>DENOMINATORE</b>
Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>REQUISITO ICM12.</b>
Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 1</b>
Compliance lavaggio mani operatori
<i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di lavaggio mani effettuate
<b>DENOMINATORE</b>
Numero accessori di lavaggio mani
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio del lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 2</b>
Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b>
Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b>
Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi ( per ambulatori)
<b>STANDARD BASE</b> coerente con dati letteratura internazionale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> farmacia
<b>INDICATORE 3</b>
% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<p>Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>INDICATORE 4</b> <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b> <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO ICM13.</b> Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti</p>
<p><b>INDICATORE 1</b> Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio resistenze</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>REQUISITO ICM14.</b> E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i></p>



**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<b>INDICATORE</b> Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO ICM15.</b> Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti anziani ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
<b>NUMERATORE</b> Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
<b>DENOMINATORE</b> Cadute che esitano in un sinistro
<b>STANDARD BASE</b> >1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

Numero di <i>audit sulle</i> cadute con danno
<b>DENOMINATORE</b> Numero cadute con danno
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO ICM16.</b> I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
<b>INDICATORE</b> Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ICM17.</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
<b>INDICATORE</b> Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>NUMERATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

## **IC1. ACCESSO AL SISTEMA**

<b>REQUISITO IC1.1</b> Sono applicate le procedure per il turn over rapido del letto "sala rossa"
--

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<i>nota: il tempo è da valutare a seconda dell'organizzazione presente</i>
<b>INDICATORE</b> % pazienti stazionati in “sala rossa” per max 90 minuti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti stazionati in “sala rossa” per max 90 minuti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti stazionati in “sala rossa”
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>REQUISITO IC1. (M18)</b> Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
<b>INDICATORE</b> % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio applicazione supporto braccialetto
<b>REQUISITO IC1. (M19)</b> L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

**REQUISITO IC1. (M20)** *spostato a livello aziendale: A4*

**IC1.1 Accettazione e valutazione livello criticità**

**REQUISITO IC1.1.1** *abrogato*

**REQUISITO IC1.1.2**

Esiste un sistema di attivazione condiviso ed efficace del team (minimo un rianimatore e un medico non dedicati) che gestisce il paziente critico

**INDICATORE**

Esistenza di una procedura condivisa e diffusa che indichi modalità e tempi di attivazione del team

**STANDARD BASE** si

**TIPOLOGIA FONTE** documento aziendale

**INDICATORE 2**

% deceduti per arresto cardiaco

*nota: da interdersi deceduti per arresto cardiaco inatteso*

**NUMERATORE**

Numero di deceduti per arresto cardiaco

**DENOMINATORE**

Numero di deceduti totali

**STANDARD BASE** miglioramento rispetto a sé stessi e riferimenti letteratura internazionale

**TIPOLOGIA FONTE** *revisione cartelle cliniche*

**REQUISITO IC1.1 (M21)**

Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche

**INDICATORE**

Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali

**STANDARD BASE** si

**TIPOLOGIA FONTE** documento aziendale

**REQUISITO IC1.1 (M22)**

E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio

**INDICATORE**

Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO IC1.1 (M23)</b> Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO IC1.1 (M24)</b> E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
<b>INDICATORE</b> Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

## **IC2. PRESA IN CARICO E TRATTAMENTO**

<b>REQUISITO IC2.1</b> E' applicata una politica di opening visiting hours (orario di apertura al pubblico libero o più ampio possibile) <i>disciplinata da un regolamento interno aziendale</i>
<b>INDICATORE 1</b> % ore di apertura per le visite sulle 24 h
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

Numero ore di apertura per le visite
<b>DENOMINATORE</b> 24 h
<b>STANDARD BASE</b> 50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>

<b>REQUISITO IC2.2</b> Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto
<b>INDICATORE 1</b> % di lesioni cerebrali acute in PS per cui si effettua un consulto spoke-hub attraverso RISPACS, <i>sia che il paziente venga trasferito presso centro hub o meno</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di consulti spoke-hub attraverso RISPACS
<b>DENOMINATORE</b> Numero lesioni cerebrali acute in PS
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistemi informativi aziendali RISPACS e software DEA
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 o cartella PS) <i>dalla struttura inviante</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 o cartella PS)
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti trasferiti da spoke a hub
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> Presenza di una procedura per la gestione del paziente con danno cerebrale acuto coerente con le indicazioni regionali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali
<b>INDICATORE 4</b> Tempo medio intercorso tra il primo accesso ad area critica e il trattamento <i>necessario</i>

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<b>NUMERATORE</b> Somma dei tempi intercorsi tra il primo accesso ad area critica e il trattamento <i>necessario</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti in area critica a cui è stato effettuato un trattamento <i>necessario</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO IC2. (M25)*</b> Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO IC2. (M26)*</b> I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 85%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO IC2. (M27)</b>
-----------------------------

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
<b>INDICATORE</b> Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC attestazione buona pratica
<b>REQUISITO IC2. (M28)</b> Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
<b>INDICATORE 1</b> % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>NUMERATORE</b> Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>DENOMINATORE</b> Totale medici
<b>STANDARD BASE</b> 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> formazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)



**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
<b>REQUISITO IC2. (M29).</b> La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

<b>REQUISITO IC2. (M30)</b> L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
<b>per strutture ospedaliere pubbliche</b>
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 30%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>per casa di cura:</b>
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO IC2. (M31)*</b> Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di audit svolti in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 2</b> Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di M&M svolte in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 3</b>

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

% di azioni di miglioramento realizzate in un anno
<b>NUMERATORE</b> Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
<b>DENOMINATORE</b> Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
<b>STANDARD BASE</b> una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>INDICATORE 4</b> % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>NUMERATORE</b> Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>DENOMINATORE</b> Numero eventi sentinella totale
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>INDICATORE 5</b> % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>NUMERATORE</b> Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>REQUISITO IC2. (M32)</b> Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
<b>STANDARD BASE</b> 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
<b>NUMERATORE</b> Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
<b>DENOMINATORE</b> Numero operatori sanitari
<b>STANDARD BASE</b> 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO IC2. (M33)</b> Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
<b>INDICATORE</b> Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale e Centro GRC per sinistri
<b>REQUISITO IC2. (M34)</b> E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
<b>INDICATORE</b> % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C5.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO IC2. (M35)</b> I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato</p>
<p><b>INDICATORE 1</b> % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare ( per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?")</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO IC2. (M36)*</b> Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori</p>
<p><b>INDICATORE</b> % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)  (E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è</p>

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<i>soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i>
<b>REQUISITO IC2. (M37)</b> I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
<b>INDICATORE</b> Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali
<b>REQUISITO IC2. (M38)</b> <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero schede MEWS correttamente compilate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 4</b> % mortalità nei DRG a bassa mortalità
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 5</b> <i>% pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt;</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO IC2. (M39)</b> Esiste un sistema di gestione del dolore
<b>INDICATORE 1</b> Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
<b>NUMERATORE</b> Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
<b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>si</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali
<b>INDICATORE 4</b> <i>abrogato</i>

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<b>INDICATORE 5</b> % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

<b>REQUISITO IC2. (M40)*</b> Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
<b>INDICATORE</b> % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO IC2. (M41)</b> Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
<b>INDICATORE</b> % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)



**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO IC2. (M42)*</b> L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
<b>INDICATORE 1</b> Evidenza della diffusione del report
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

<b>REQUISITO IC2. (M43)</b> L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
<b>INDICATORE 1</b> Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

Numero di infezioni da CVC
<b>DENOMINATORE</b> Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
<b>STANDARD BASE</b> coerente con dati di letteratura internazionale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno del tasso di infezioni

<b>REQUISITO IC2. (M44)</b> Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
<b>INDICATORE 1</b> L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>

### IC.2.1 Intensiva

<b>REQUISITO IC2.1.1</b> <i>abrogato</i>
--

### IC.2.2 Subintensiva

<b>REQUISITO IC2.2</b> <i>abrogato</i>
--

### IC3. Dimissioni

<b>REQUISITO IC3. (M48)</b> Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO IC3. (M49)*</b>
------------------------------

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
<b>INDICATORE 1</b> Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % ricoveri maggiori di 30 giorni
<b>NUMERATORE</b> Numero dimessi con degenza > 30gg
<b>DENOMINATORE</b> Numero dimessi
<b>STANDARD BASE</b> < 1,5 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C8a.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>% di dimissioni con attivazione ADI</i> <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di dimissioni con attivazione ADI</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di dimissioni</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO IC3. (M50)</b> Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
<b>INDICATORE 1</b> <i>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i>
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO IC3. (M51)*</b> Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
<b>INDICATORE</b> % di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale lettere di dimissioni
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO IC3. (M52)</b> La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

<i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

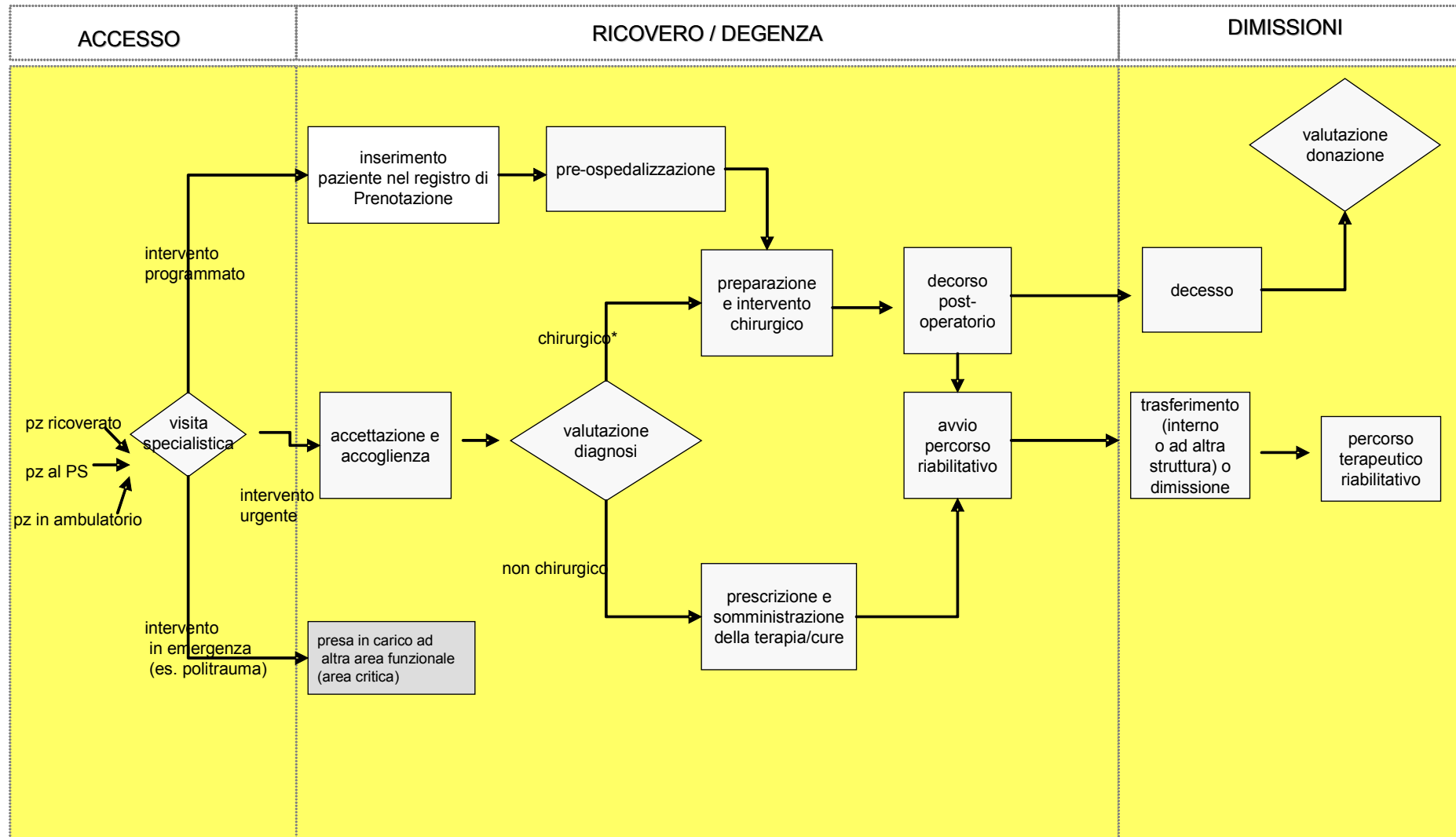
### **IC3.4 Decesso**

<b>REQUISITO IC 3.4</b>
-------------------------

**Tabella n. 4 indicatori e standard area critica**

L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi
<b>INDICATORE 1</b> % morti encefaliche individuate
<b>NUMERATORE</b> Numero morti encefaliche
<b>DENOMINATORE</b> Numero decessi con lesioni cerebrali nelle UTI
<b>STANDARD BASE</b> >50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT - sistema di valutazione delle performance (B6.1.1)
<b>INDICATORE 2</b> % donatori effettivi di organi
<b>NUMERATORE</b> Numero donatori effettivi
<b>DENOMINATORE</b> Numero morti encefaliche
<b>STANDARD BASE</b> >49%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT - sistema di valutazione delle performance (B6.1.2)

Tabella n. 5 diagramma di flusso area ortopedico traumatologica



\*Vedi requisiti percorso chirurgico

## Percorso di Area ortopedico traumatologica

REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
ORTOA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ORTOA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ORTOA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
ORTOA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
ORTOA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ORTOM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ORTOM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ORTOM3..Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ORTOM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ORTOM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
ORTOM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
ORTOM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
ORTOM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
ORTOM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
ORTOM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT



Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

<b>Percorso di Area ortopedico traumatologica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	ORTOM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTOM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTOM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTOM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTOM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTOM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTOM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>ORTO1. ACCESSO AL SISTEMA</b>	ORTO1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
<b>orto1.1 Visita specialistica</b>			

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

<b>Percorso di Area ortopedico traumatologica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
<b>ORTO 2. RICOVERO/ DEGENZA</b>	ORTO2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ORTO2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ORTO2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	ORTO2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	ORTO2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
	ORTO2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ORTO2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

<b>Percorso di Area ortopedico traumatologica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	ORTO2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>orto 2.1 Accettazione e accoglienza</b>	ORTO2.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>orto 2.2 Valutazione diagnosi chirurgica (vedi percorso</b>	ORTO2.2.1 Il paziente traumatizzato è gestito in maniera efficace e adeguato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

<b>Percorso di Area ortopedico traumatologica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
chirurgico) e non	ORTO2.2.2 Sono applicati i protocolli di valutazione multidimensionale preoperatoria	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.2.3 L'organizzazione si dota di una buona pratica per le prevenzioni della TVP secondo le indicazioni regionali	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>orto 2.3 Avvio percorso riabilitativo</b>	ORTO2.3.1 La presa in carico, per gli aspetti clinico-assistenziali e riabilitativi, è appropriata ed efficace	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ORTO2.3.2 Il percorso assistenziale-riabilitativo nella fase di post ricovero è gestito in maniera adeguata	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO2.3.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	<i>ORTO 2.4.1 E' garantita una modalità omogenea e trasparente per l'accesso alle prestazioni chirurgiche sia in modalità istituzionale che in libera professione</i>	<i>Equità e accesso</i>	<i>DIRITTI E PARTECIPAZIONE</i>
	<i>ORTO 2.4.2 Il tempo di attesa per gli interventi chirurgici programmati ospedalieri e ambulatoriali è contenuto entro un periodo massimo.</i>	<i>Equità e accesso</i>	<i>DIRITTI E PARTECIPAZIONE</i>
	<i>ORTO 2.4.3 La scheda con la proposta di intervento chirurgico è compilata correttamente dal chirurgo nelle sue parti, compreso il codice di priorità e l'attribuzione del setting assistenziale appropriato</i>	<i>Appropriatezza e qualità clinica</i>	<i>PERFORMANCE ASSISTENZIALI</i>
	ORTO 2.5 E' attivata la pre-ospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ORTO 2.6.1 Il registro di sala operatoria è informatizzato	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ORTO 2.6.2 L'organizzazione si dota di un sistema adeguato di gestione della sicurezza in sala operatoria	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>ORTO 3. DIMISSIONI</b>	ORTO3.1.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

<b>Percorso di Area ortopedico traumatologica</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	ORTO3.1.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO3.1.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO3.1.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO3.1.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>orto 3.1 Trasferimento</b>	ORTO 3.1.1 Il percorso assistenziale-riabilitativo nella fase di post ricovero è gestito in maniera adeguata	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>orto 3.2 Decesso</b>	ORTO 3.2.1 <i>spostato a livello aziendale: A5</i>		

## Percorso di Area ortopedico traumatologica

### GENERALI AZIENDALI

<p><b>REQUISITO ORTOA1.*</b> Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p><b>INDICATORE</b> % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero impegni raggiunti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero impegni regionali</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 75%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B16.1.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO ORTOA2.</b> E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p><b>INDICATORE</b> Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 40 ore settimanali</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO ORTOA3.</b> Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p><b>INDICATORE</b> Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> <math>\sum (FLUi \times Wi)</math> FLUi indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> <math>\sum Wi</math> Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B8); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p> <p>nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO ORTOA4.</b></p> <p><i>E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</i></p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p><i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p><i>Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p><i>Numero di visite specialistiche totali esaminate</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p><i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p><i>Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p><i>Numero di esami diagnostici totali esaminati</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 60 %</p>
<p><b>REQUISITO ORTOA5.</b></p> <p><i>L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</i></p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p><i>Qualità del processo donazione di tessuto corneale</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p><i>Numero donatori di tessuto corneale</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p><i>Numero decessi &gt; = 5 anni e &lt; = 75 anni</i></p>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<b>STANDARD BASE</b> $\geq 5\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT
<b>INDICATORE 2</b> <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero decessi <math>\geq 4</math> anni e <math>\leq 75</math> anni</i>
<b>STANDARD BASE</b> $\geq 2\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT

**REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO**

<b>REQUISITO ORTOM1.</b> I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
<b>INDICATORE</b> Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ORTOM2.</b> Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
<b>DENOMINATORE</b> Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>



**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<p><b>REQUISITO ORTOM3.</b></p> <p>Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p> <p><i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 35%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p><b>REQUISITO ORTOM4.</b></p> <p>E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p> <p><i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>

<p><b>REQUISITO ORTOM5.*</b></p> <p>E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<p><b>REQUISITO ORTOM6.</b></p> <p>L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>

<p><b>REQUISITO ORTOM7.</b></p> <p>Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative (<i>Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo"</i>)</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno</p>
<p><b>STANDARD BASE</b>      35%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p><b>REQUISITO ORTOM8.</b></p> <p>Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero schede compilate per ogni nuovo assunto</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>REQUISITO ORTOM9.</b> Il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i> è diffuso agli operatori
<b>INDICATORE</b> % di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

Numero di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
<b>DENOMINATORE</b> Totale operatori
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ORTOM10.</b> Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
<b>INDICATORE</b> Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

**REQUISITO ORTOM11.\***

La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza

*(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)*

**INDICATORE 1**

% di buone pratiche regionali in uso di interesse

*(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)*

**NUMERATORE**

Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse

**DENOMINATORE**

Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse

**STANDARD BASE** 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013

*(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC )*

**TIPOLOGIA FONTE** rischio clinico aziendale

**INDICATORE 2**

% di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse

**NUMERATORE**

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 70% <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale

<b>REQUISITO ORTOM12.</b> Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 1</b> Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di lavaggio mani effettuate
<b>DENOMINATORE</b> Numero occasioni di lavaggio mani
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio del lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 2</b> Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi ( per ambulatori)
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> farmacia
<b>INDICATORE 3</b>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b> <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ORTOM13.</b> Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
<b>INDICATORE 1</b> Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio resistenze
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ORTOM14.</b>
---------------------------

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<p>E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili  <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i></p>
<p><b>INDICATORE</b>                  Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>REQUISITO ORTOM15.</b>                  Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta</p>
<p><b>INDICATORE 1</b>                  % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p><b>NUMERATORE</b>                  Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p><b>DENOMINATORE</b>                  Numero pazienti anziani ricoverati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 80%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 2</b>                  Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale  <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 3</b>                  Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro</p>
<p><b>NUMERATORE</b>                  Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b>                  Cadute che esitano in un sinistro</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> &gt;1</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i></p>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<b>INDICATORE 4</b> % di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato un audit</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero <i>di audit sulle cadute con danno</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero cadute con danno
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO ORTOM16.</b> I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
<b>INDICATORE</b> Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ORTOM17.</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
<b>INDICATORE</b> Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>NUMERATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale



**ORTO1. Accesso al sistema**

<b>REQUISITO ORTO1. (M18)</b> Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
<b>INDICATORE</b> % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio applicazione supporto braccialetto

<b>REQUISITO ORTO1. (M19)</b> L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ORTO1. (M20)</b> <i>spostato a livello aziendale: A4</i>
---

**ORTO2. Ricovero/degenza**

<b>REQUISITO ORTO2. (M25)*</b> Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ORTO2. (M26)*</b>
I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
<b>INDICATORE</b>
% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 85%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ORTO2. (M27)</b>
E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
<b>INDICATORE</b>
<i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC attestazione buona pratica

<b>REQUISITO ORTO2. (M28)</b>
Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
<b>INDICATORE 1</b>
% di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>DENOMINATORE</b> Totale medici
<b>STANDARD BASE</b> 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> formazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ORTO2. (M29)</b> La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 75 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ORTO2. (M30)</b>
L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
<b>per strutture ospedaliere pubbliche</b>
<b>INDICATORE 1</b>
% di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 30%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>INDICATORE 2</b>
% pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>per casa di cura:</b>
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<b>STANDARD BASE</b> 50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO ORTO2. (M31)*</b> Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di audit svolti in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 2</b> Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di M&M svolte in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
<b>NUMERATORE</b> Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
<b>DENOMINATORE</b> Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
<b>STANDARD BASE</b> <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>NUMERATORE</b> Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>DENOMINATORE</b> Numero eventi sentinella totale
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 5</b> % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>NUMERATORE</b> Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>REQUISITO ORTO2. (M32)</b> Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
<b>STANDARD BASE</b> 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero operatori sanitari</i>
<b>STANDARD BASE 50 %</b> <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i>

<b>REQUISITO ORTO2. (M33)</b> Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
<b>INDICATORE</b> Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale e centro GRC per sinistri

<b>REQUISITO ORTO2. (M34)</b> E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
<b>INDICATORE</b> % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale(solo per l'ospedale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C5.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ORTO2. (M35)</b> I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare ( per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?")
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO ORTO2. (M36)*</b> Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
<b>INDICATORE</b> % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)  (E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)
<b>NUMERATORE</b> Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice</i>



**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<p><i>(in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i></p>
<p><b>REQUISITO ORTO2. (M37)</b> I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati</p>
<p><b>INDICATORE</b> Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali</p>
<p><b>REQUISITO ORTO2. (M38)</b> <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i></p>
<p><b>INDICATORE 1</b> % di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero schede MEWS correttamente compilate</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i></p>
<p><b>INDICATORE 3</b> <i>abrogato</i></p>
<p><b>INDICATORE 4</b> <i>% mortalità nei DRG a bassa mortalità</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>INDICATORE 5</b></p>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<i>% pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt;</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ORTO2. (M39)</b> Esiste un sistema di gestione del dolore
<b>INDICATORE 1</b> Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
<b>NUMERATORE</b> Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>si</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali
<b>INDICATORE 4</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 5</b>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

% pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

<b>REQUISITO ORTO2. (M40)*</b> Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
<b>INDICATORE</b> % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO ORTO2. (M41)</b> Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
<b>INDICATORE</b> % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ORTO2. (M42)*</b> L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
<b>INDICATORE 1</b> Evidenza della diffusione del report
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

<b>REQUISITO ORTO2. (M43)</b> L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
<b>INDICATORE 1</b> Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni da CVC
<b>DENOMINATORE</b> Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
<b>STANDARD BASE</b> coerente con dati di letteratura internazionale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno del tasso di infezioni

<b>REQUISITO ORTO2. (M44)</b> Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
<b>INDICATORE 1</b> L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>

<b>REQUISITO ORTO2. (M45)</b> Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
<b>INDICATORE</b> % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

<b>REQUISITO ORTO2. (M46)</b> Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
<b>INDICATORE</b> % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

Numero di pazienti a rischio nutrizionale
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

### **ORTO2.1 Accettazione e accoglienza**

<b>REQUISITO ORTO2.1 (M21)</b> Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ORTO2.1 (M22)</b> E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ORTO2.1 (M23)</b> Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti che sono stati intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*

<b>REQUISITO ORTO2.1 (M24)</b>
E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
<b>INDICATORE</b>
Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

**ORTO2.2 Valutazione diagnosi chirurgica (vedi percorso chirurgico) e non**

<b>REQUISITO ORTO 2.2.1</b>
Il paziente traumatizzato è gestito in maniera efficace e adeguato
<b>INDICATORE 1</b>
% di pazienti con frattura di femore operati entro 2 giorni dall'ammissione
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti con frattura di femore operati entro 2 giorni dall'ammissione
<b>DENOMINATORE</b>
Numero interventi per frattura di femore
<b>STANDARD BASE</b> 50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C5.2); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b>
% di pazienti traumatizzati (indicare patologie specifiche) a cui è fatta la valutazione multidisciplinare preoperatoria sui pazienti da operare
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti traumatizzati a cui è fatta la valutazione multidisciplinare preoperatoria
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti da operare
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO ORTO 2.2.2</b>
Sono applicati i protocolli di valutazione multidimensionale preoperatoria
<b>INDICATORE</b>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

% cartelle cliniche con valutazione multidimensionale preoperatoria (indicare patologie specifiche)	
<b>NUMERATORE</b>	
Numero cartelle cliniche con valutazione multidimensionale preoperatoria	
<b>DENOMINATORE</b>	
Numero cartelle cliniche	
<b>STANDARD BASE</b>	80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	revisione cartelle

<b>REQUISITO ORTO 2.2.3</b>	
L'organizzazione si dota di una buona pratica per la prevenzione della TVP secondo le indicazioni regionali	
<b>INDICATORE 1</b>	
<i>% embolie rilevate da SDO rispetto alla cartella clinica</i>	
<b>NUMERATORE</b>	
<i>Numero embolie rilevate da SDO</i>	
<b>DENOMINATORE</b>	
<i>Numero embolie rilevate in cartella clinica</i>	
<b>STANDARD BASE</b>	<i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	<i>flusso SDO e cartelle cliniche</i>
<b>INDICATORE 2</b>	
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1.000 dimessi con DRG chirurgico	
<b>NUMERATORE</b>	
Numero di dimessi con trombosi venosa profonda o embolia polmonare in diagnosi secondaria	
<b>DENOMINATORE</b>	
Numero dimessi con DRG chirurgico	
<b>STANDARD BASE</b>	<i>&lt;15 per 1.000</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C6.4.3); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>	

### **ORTO2.3 Avvio percorso riabilitativo**

<b>REQUISITO ORTO 2.3.1</b>	
La presa in carico, per gli aspetti clinico-assistenziali e riabilitativi, è appropriata ed efficace	
<b>INDICATORE 1</b>	



**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

% di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione per i quali è stato avviato
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione per i quali è stato avviato un percorso riabilitativo
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione con una presa in carico del fisioterapista entro i tempi aziendali predefiniti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione con una presa in carico del fisioterapista entro i tempi aziendali predefiniti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO ORTO 2.3.2</b> Il percorso assistenziale-riabilitativo nella fase di post ricovero è gestito in maniera adeguata
<b>INDICATORE</b> % di pazienti a cui viene indicata la figura di riferimento per la gestione del percorso assistenziale-riabilitativo
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti a cui viene indicata la figura di riferimento per la gestione del percorso assistenziale-riabilitativo
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti dimessi
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO ORTO2.3 (M47)*</b> Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
<b>INDICATORE 1</b>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche
<b>INDICATORE 3</b> Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ORTO 2.4.1</b> <i>E' garantita una modalit� omogenea e trasparente per l'accesso alle prestazioni chirurgiche sia in modalit� istituzionale che in libera professione</i>
<b>INDICATORE 1</b> <i>I criteri di accesso al registro di prenotazione sono stabiliti, diffusi e applicati</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documenti aziendali</i>
<b>INDICATORE 2</b> <i>Presenza di modulo da consegnare al paziente che indichi il numero di inserimento in lista di attesa</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documenti aziendali</i>

<b>REQUISITO ORTO 2.4.2</b> <i>Il tempo di attesa per gli interventi chirurgici programmati ospedalieri e ambulatoriali � contenuto entro un periodo massimo.</i>
<b>INDICATORE 1</b>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<i>% interventi classe di priorità A erogati entro 30 giorni dalla prenotazione</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di interventi classe di priorità A erogati entro 30 giorni dalla prenotazione</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di interventi classe di priorità A erogati</i>
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>
<b>per i privati</b>
<b>INDICATORE 2</b> <i>% interventi erogati entro la data concordata (vedi standard privati per tipologia di procedura chirurgica)</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di interventi erogati entro la data concordata</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di interventi erogati</i>
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ORTO 2.4.3</b> <i>La scheda con la proposta di intervento chirurgico è compilata correttamente dal chirurgo nelle sue parti, compreso il codice di priorità e l'attribuzione del setting assistenziale appropriato</i>
<b>INDICATORE</b> <i>% di schede compilate correttamente</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di schede compilate correttamente</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti con proposta di intervento</i>
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ORTO 2.5</b> <i>E' attivata la pre-ospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmati</i>
<b>INDICATORE</b> <i>Degenza media pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati</i>
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<i>Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1 giorno dall'ammissione
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( C3 ); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

<b>REQUISITO ORTO 2.6.1</b> <i>Il registro di sala operatoria è informatizzato</i>
<b>INDICATORE</b> <i>Informatizzazione della registrazione dei dati di sala operatoria secondo requisiti definiti a livello regionale (assicurarsi che ci sia come campo obbligatorio la data e ore magari con rilevazione automatica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO ORTO 2.6.2</b> <i>L'organizzazione si dota di un sistema adeguato di gestione della sicurezza in sala operatoria</i>
<b>INDICATORE 1</b> <i>% di procedure effettuate con l'adozione della check list di sala operatoria coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale</i> <i>nota: fare riferimento a tutte le sale operatorie afferenti alla struttura organizzativa funzionale</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di procedure effettuate con l'adozione della check list di sala operatoria coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di procedure effettuate</i>
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> <i>% di procedure effettuate con contrassegno del sito-lato coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di procedure effettuate con contrassegno del sito-lato coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale</i>
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<i>Numero procedure effettuate che necessitano distinzione sito-lato</i>
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> <i>% di procedure effettuate con supporto strumento strutturato per conteggio garze e strumentario e tracciabilità del materiale per procedure di sterilizzazione e dei dispositivi impiantati</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di procedure effettuate con supporto strumento strutturato per conteggio garze e strumentario e tracciabilità del materiale per procedure di sterilizzazione e dei dispositivi impiantati</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero totale procedure</i>
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> <i>Esiste una procedura aziendale per gestire l'accesso alle prestazioni chirurgiche dei pazienti allergici al lattice (fare riferimento a tutte le sale operatorie afferenti alla struttura organizzativa funzionale)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

### **ORTO3. Dimissioni**

<b>REQUISITO ORTO3.1 (M48)</b> Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

**REQUISITO ORTO3.1 (M49)\*** La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
<b>INDICATORE 1</b> Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % ricoveri maggiori di 30 giorni
<b>NUMERATORE</b> Numero dimessi con degenza > 30gg
<b>DENOMINATORE</b> Numero dimessi
<b>STANDARD BASE</b> < 1,5 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C8a.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>% di dimissioni con attivazione ADI</i> <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di dimissioni con attivazione ADI</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di dimissioni</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO ORTO3.1 (M50)</b> Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
<b>INDICATORE 1</b> <i>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i>
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO ORTO3.1 (M51)*</b> Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
<b>INDICATORE</b> % lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale lettere di dimissioni
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO ORTO3.1 (M52)</b> La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

<i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

### **ORTO3.1 Trasferimento**

<b>REQUISITO ORTO 3.1.1</b>
-----------------------------



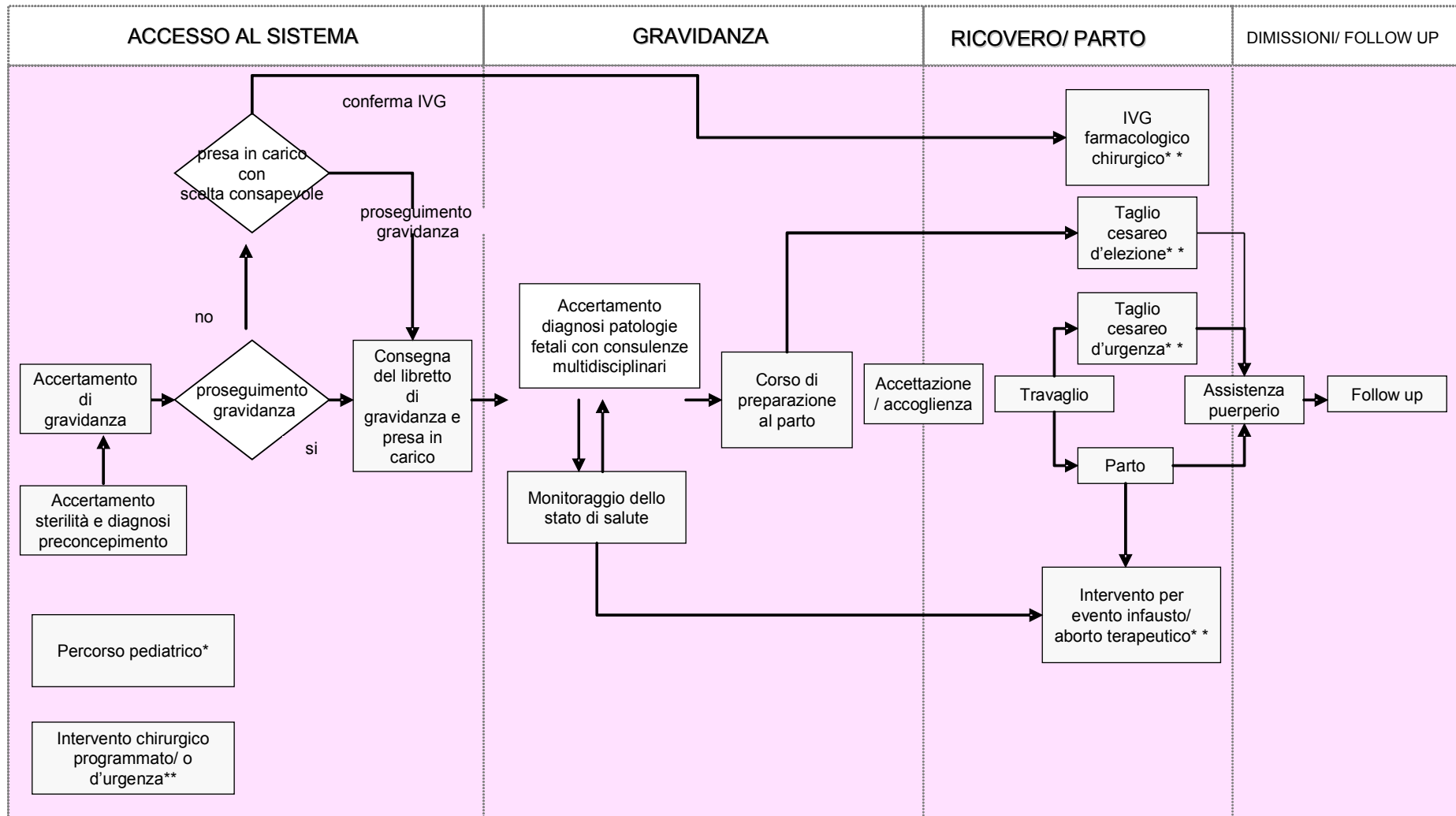
**Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica**

Il percorso assistenziale-riabilitativo nella fase di post ricovero è gestito in maniera adeguata
<b>INDICATORE</b> % di pazienti a cui viene indicata la <i>struttura</i> di riferimento per la gestione del percorso assistenziale-riabilitativo
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti a cui viene indicata la <i>struttura</i> di riferimento per la gestione del percorso assistenziale-riabilitativo
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti dimessi
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

### **ORTO3.2 Decesso**

<b>REQUISITO ORTO 3.2.1</b> <i>spostato a livello aziendale: A5</i>
---

Tabella n. 6 area materno infantile - diagramma di flusso: nascita



Percorso di Area materno infantile - nascita			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	MANA1*. Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MANA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MANA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	MANA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	MANA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MANM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MANM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MANM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MANM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MANM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MANM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MANM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	MANM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	MANM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	MANM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
	MANM11*. La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

<b>Percorso di Area materno infantile - nascita</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	MANM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MANM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MANM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MANM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MANM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MANM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>MAN1. ACCESSO AL SISTEMA</b>			
<b>man 1.1 Accertamento sterilità e diagnosi preconcipimento</b>			
<b>man 1.2 Accertamento di gravidanza</b>	MAN1.2.1 Il consultorio ha un programma di mediazione linguistico culturale diffusa	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>man 1.3 Consegna del libretto di gravidanza e presa in carico</b>	MAN1.3.1 La consegna del libretto di gravidanza è gestita in maniera appropriata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
<b>MAN2. GRAVIDANZA</b>			

<b>Percorso di Area materno infantile - nascita</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
<b>man 2.1 Monitoraggio dello stato di salute/ accertamento diagnosi patologie fetali</b>	MAN2.1.1 La richiesta di esami di diagnostica genetica prenatale deve <i>essere preceduta dalla consulenza genetica</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>man 2.2 Corso di preparazione al parto</b>	MAN2.2.1 Ad ogni donna è favorito l'accesso al corso di preparazione al parto	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN2.2.2 E' garantita un'offerta differenziata (tempi) nella realizzazione del corso di preparazione al parto	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAN2.2.3 L'organizzazione offre modalità differenziate di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>MAN3. RICOVERO/PARTO</b>	MAN3.(M25) *Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAN3.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAN3.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MAN3.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	MAN3.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
MAN3.(M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

### Percorso di Area materno infantile - nascita

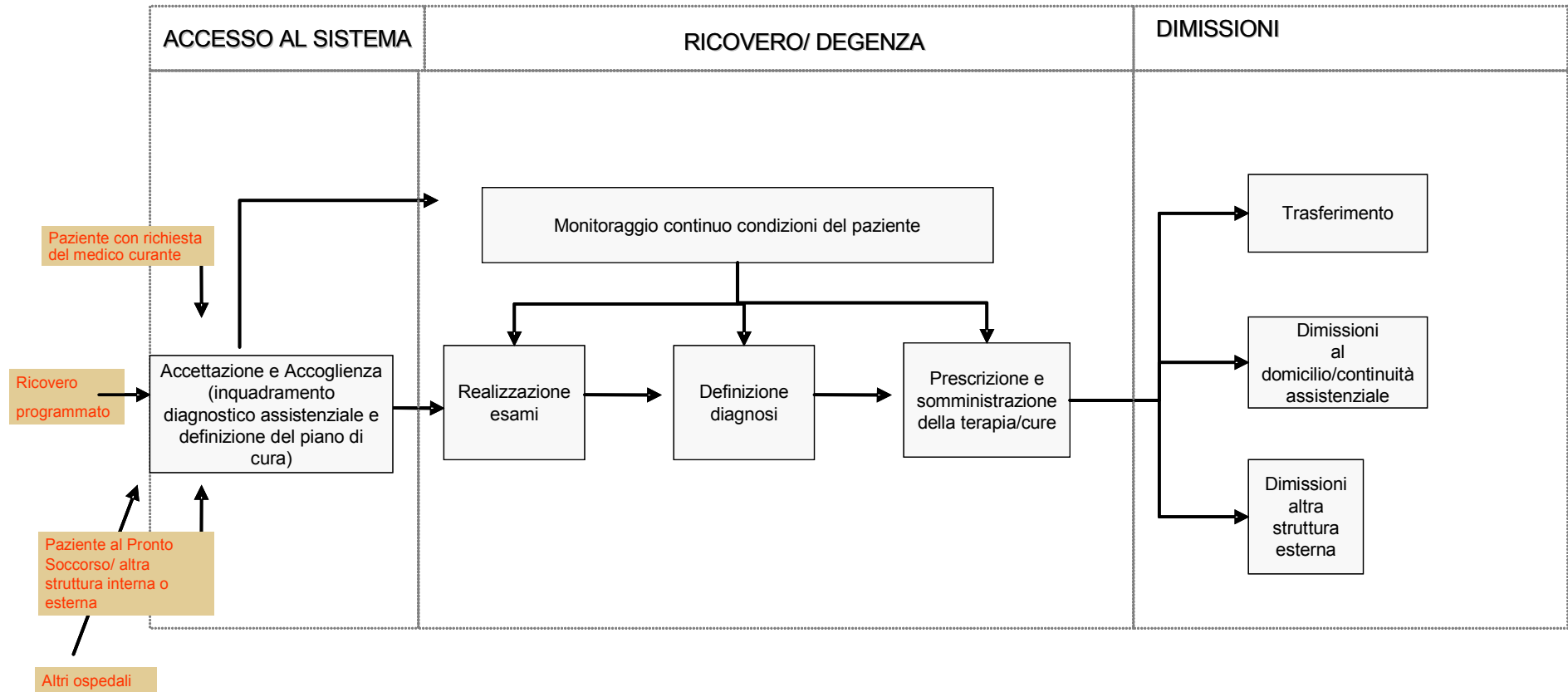
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
MAN3.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3.(M36) *Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. (M40) *Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

<b>Percorso di Area materno infantile - nascita</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	MAN3.(M47) *Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>man3.1 Accettazione e accoglienza</b>	MAN3.1 (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAN3.1 (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAN3.1 (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
	MAN3.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>man 3.2 Travaglio</b>	MAN 3.2.1 E' attivo un sistema di accettazione/accoglienza efficace	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAN 3.2.2 L'organizzazione offre modalità differenziate di gestione del dolore nel parto	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>man 3.3 Parto</b>	MAN 3.3.1 La gestione del parto è appropriata	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>man 3.4 Taglio cesareo d'urgenza</b>	MAN 3.4.1 La gestione del parto è appropriata	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>man 3.5 Taglio cesareo d'elezione</b>	MAN 3.5.1 La gestione del parto è appropriata	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>man 3.6 Intervento per evento infausto / aborto terapeutico</b>	MAN 3.6.1 <i>abrogato</i>		
<b>Man 3.7 Intervento per evento infausto / aborto terapeutico</b>	MAN 3.7.1 Esiste una modalità strutturata per il supporto della donna e i suoi familiari nella gestione del lutto post evento infausto	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

<b>Percorso di Area materno infantile - nascita</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
<b>MAN4. DIMISSIONE</b>	MAN4.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN4. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAN4. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAN4. (M51) *Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAN4. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>man 4.1 Assistenza puerperio</b>	MAN4.1.1 Ad ogni donna è garantito un supporto specialistico per la buona gestione della fase post-partum	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>man 4.2 Follow up</b>	MAN4.2.1 L'organizzazione offre modalità differenziate di assistenza al neonato	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT



Tabella n. 6 area materno infantile - diagramma di flusso : pediatrico



Percorso di Area materno infantile - pediatrico			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	MAPA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAPA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	MAPA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	MAPA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAPM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAPM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAPM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAPM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAPM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MAPM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti.	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MAPM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	MAPM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	MAPM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	MAPM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
	MAPM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

<b>Percorso di Area materno infantile - pediatrico</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	MAPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAPM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAPM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAPM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAPM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAPM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>MAP1. ACCESSO AL SISTEMA</b>			
<b>map1.1 Accettazione e accoglienza</b>	MAP1.1.1 Sono previste delle attività ricreative ed educative giornaliere e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP1.1 (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAP1.1 (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il genitore/ tutore l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAP1.1 (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
	MAP1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il genitore/ tutore finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

<b>Percorso di Area materno infantile - pediatrico</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
<b>MAP2. RICOVERO/DEGENZA</b>	MAP2.1 L'accesso h 24 alla struttura, da parte dei visitatori, è regolamentato	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.2 Sono coinvolti genitori/ tutori nel sostegno psicologico del paziente nell'esecuzione di procedure invasive	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.3 Esiste una procedura di gestione del consenso informato coerente con la specificità pediatrica	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.(M25)* Il genitore/ tutore riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il genitore/ tutore sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il genitore/ tutore (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il genitore/ tutore e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAP2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAP2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MAP2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	MAP2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
	MAP2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAP2.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

### Percorso di Area materno infantile - pediatrico

REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
MAP2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

<b>Percorso di Area materno infantile - pediatrico</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
<b>map 2.1 Monitoraggio continuo delle condizioni</b>	MAP 2.1 La richiesta di esami di diagnostica genetica deve essere <i>preceduta dalla consulenza genetica</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>map 2.2 Realizzazione esami</b>	MAP2.2.1 E' garantito che negli orari dei pasti non vengano effettuati esami diagnostici e strumentali	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.2.2 Sono concordati con i servizi di supporto sanitario (diagnostica strumentale e di laboratorio, consulenze...) i tempi di attesa per la consegna dei risultati della prestazione	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAP2.2.3 Il modulo di richiesta relativo agli esami di diagnostica per immagini deve contenere sia il quesito diagnostico che la tipologia di esame da effettuare in termini di proposta	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>map 2.3 Definizione diagnosi</b>			
<b>map 2.4 Prescrizione e somministrazione della terapia</b>			
<b>MAP4. DIMISSIONE</b>	MAP 4.1 L'organizzazione adotta un sistema di segnalazione al territorio per pazienti critici <i>che necessitano di un supporto ulteriore oltre quello erogato da parte del pediatra di libera scelta</i>	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAP4. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP4. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAP4. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAP4 (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAP4. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>map 4.1 Assistenza puerperio</b>			
<b>map 4.2 Follow up</b>			

## Percorso di Area materno infantile: nascita

### GENERALI AZIENDALI

<p><b>REQUISITO MANA1.*</b> Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p><b>INDICATORE</b> % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero impegni raggiunti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero impegni regionali</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 75%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) ;<i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO MANA2.</b> E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p><b>INDICATORE</b> Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 40 ore settimanali</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO MANA3.</b> Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p><b>INDICATORE</b> Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> <math>\sum (FLU_i \times W_i)</math> FLU<sub>i</sub> indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W<sub>i</sub> indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> <math>\sum W_i</math> W<sub>i</sub> indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B8) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p> <p>nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO MANA4.</b> E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</p>
<p><b>INDICATORE 1</b> % prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di visite specialistiche totali esaminate</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> % prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di esami diagnostici totali esaminati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 60 %</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso TAT</p>
<p><b>REQUISITO MANA5.</b> L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</p>
<p><b>INDICATORE 1</b> Qualità del processo donazione di tessuto corneale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero donatori di tessuto corneale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p>



Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero decessi $\geq 5$ anni e $\leq 75$ anni
<b>STANDARD BASE</b> $\geq 5\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT
<b>INDICATORE 2</b> Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts
<b>NUMERATORE</b> Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts
<b>DENOMINATORE</b> Numero decessi $\geq 4$ anni e $\leq 75$ anni
<b>STANDARD BASE</b> $\geq 2\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT

## REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

<b>REQUISITO MANM1.</b> I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
<b>INDICATORE</b> Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO MANM2.</b> Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti (Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")
<b>NUMERATORE</b> Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
<b>DENOMINATORE</b> Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; laddove non

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<i>attuato si procede con il monitoraggio interno</i>	
<b>REQUISITO MANM3.</b>	
Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	
<b>INDICATORE</b>	
% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>	
<b>NUMERATORE</b>	
Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno	
<b>DENOMINATORE</b>	
Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno	
<b>STANDARD BASE</b>	35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>	
<b>REQUISITO MANM4.</b>	
E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	
<b>INDICATORE</b>	
% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione <i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i>	
<b>NUMERATORE</b>	
Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione	
<b>DENOMINATORE</b>	
Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione	
<b>STANDARD BASE</b>	90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale	
<b>REQUISITO MANM5.*</b>	
E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	
<b>INDICATORE</b>	
Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto	

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MANM6.</b> L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
<b>INDICATORE 1</b> Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MANM7.</b> Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
<b>INDICATORE</b> % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MANM8.</b> Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
<b>INDICATORE 1</b> % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>REQUISITO MANM9.</b> Il " <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> " è diffuso agli operatori
<b>INDICATORE</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

% di operatori a cui è stato diffuso il “Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”
<b>NUMERATORE</b> Numero di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
<b>DENOMINATORE</b> Totale operatori
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MANM10.</b> Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
<b>INDICATORE</b> Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MANM11.*</b> La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC )</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<b>NUMERATORE</b>
Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale

<b>REQUISITO MANM12</b>
Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 1</b>
Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di lavaggio mani effettuate
<b>DENOMINATORE</b>
Numero occasioni di lavaggio mani
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio del lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 2</b>
Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b>
Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b>
Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi ( per ambulatori)
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> farmacia
<b>INDICATORE 3</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b> <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MANM13.</b> Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
<b>INDICATORE 1</b> Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio resistenze
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MANM14.</b> E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili
---

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<p><i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i></p>
<p><b>INDICATORE</b> Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>REQUISITO MANM15.</b> Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta</p>
<p><b>INDICATORE 1</b> % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti anziani ricoverati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 80%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 3</b> Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Cadute che esitano in un sinistro</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> &gt;1</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i></p>
<p><b>INDICATORE 4</b></p>



**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

% di cadute <i>con danno su cui è stato effettuato</i> un audit
<b>NUMERATORE</b> Numero <i>di audit sulle</i> cadute con danno
<b>DENOMINATORE</b> Numero cadute con danno
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO MANM16.</b> I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
<b>INDICATORE</b> Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MANM17.</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
<b>INDICATORE</b> Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>NUMERATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

**MAN1. Accesso al sistema**

**MAN1.2 Accertamento di gravidanza**

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<b>REQUISITO MAN1.2.1</b> Il consultorio ha un programma di mediazione linguistico culturale diffusa
<b>INDICATORE</b> Rischio relativo di IVG di donne straniere rispetto alle donne italiane
<b>NUMERATORE</b> Tasso IVG di donne studio straniere
<b>DENOMINATORE</b> Tasso IVG di donne studio italiane
<b>STANDARD BASE</b> miglioramento rispetto a sé stessi
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B9.8); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

### MAN1.3 Consegna del libretto di gravidanza e presa in carico

<b>REQUISITO MAN1.3.1</b> La consegna del libretto di gravidanza è gestita in maniera appropriata
<b>INDICATORE 1</b> % di donne che dichiarano che hanno ricevuto il libretto di gravidanza dal personale ostetrico <i>(Si considerano nel conteggio le figure professionali sanitarie, ovvero ostetrica del consultorio, ostetrica ospedaliera, ginecologo del consultorio e ginecologo ospedaliero)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di donne che dichiarano che hanno ricevuto il libretto di gravidanza dal personale ostetrico
<b>DENOMINATORE</b> Numero di donne intervistate
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine materno-infantile) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> Tempi e modalità di consegna flessibili da parte del proprio consultorio
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

### MAN2. Gravidanza

#### MAN2.1 Monitoraggio dello stato di salute/accertamento diagnosi patologiche fetali

<b>REQUISITO MAN 2.1.1</b> La richiesta di esami di diagnostica genetica prenatale deve essere <i>preceduta dalla</i>
---

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<i>consulenza genetica</i>
<b>INDICATORE</b> <i>% di richieste di esami di diagnostica genetica prenatale con pre precedente consulenza genetica effettuata</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di richieste di esami di diagnostica genetica prenatale con pre precedente consulenza genetica effettuata</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero totale di richieste di esami di diagnostica genetica prenatale</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

## **MAN2.2 Corso di preparazione al parto**

<b>REQUISITO MAN 2.2.1</b> <i>Ad ogni donna è favorito l'accesso al corso di preparazione al parto</i>
<b>INDICATORE 1</b> <i>Rischio relativo di partecipazione al corso di preparazione al parto per titolo di studio</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>% di donne con basso titolo di studio che partecipano al corso</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>% di donne con alto titolo di studio che partecipano al corso</i>
<b>STANDARD BASE</b> miglioramento rispetto a sé stessi
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine materno-infantile) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> <i>% di donne primipare che partecipano al corso di preparazione al parto</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di donne primipare che partecipano al corso</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di parti di donne primipare</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>miglioramento rispetto a sé stessi ( il valore a tendere è 70%)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine materno-infantile) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO MAN2.2.2</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

E' garantita un'offerta differenziata (tempi) nella realizzazione del corso di preparazione al parto
<b>INDICATORE</b> Corsi programmati con almeno due opzioni (una infrasettimanale e una pre-festiva)
<b>NUMERATORE</b> Numero di corsi programmati con due opzioni
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei corsi programmati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO MAN2.2.3</b> L'organizzazione offre modalità differenziate di gestione del dolore
<b>INDICATORE 1</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 2</b> <i>Il corso di preparazione al parto fornisce informazioni sulla possibile scelta della analgesia</i>
<b>STANDARD BASE</b> Si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali
<b>INDICATORE 3</b> % di visite anestesiolgiche effettuate alle donne in gravidanza con previsione di parto <i>vaginale</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di visite anestesiolgiche effettuate alle donne in gravidanza con previsione di parto <i>vaginale</i>
<b>DENOMINATORE</b> Donne in gravidanza con previsione di parto <i>vaginale</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> cartelle cliniche
<b>INDICATORE 4</b> % di corsi attivati con contenuti teorici e pratici sulla gestione del dolore
<b>NUMERATORE</b> Numero di corsi attivati con contenuti teorici e pratici sulla gestione del dolore
<b>DENOMINATORE</b> Numero di corsi attivati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

**MAN3. Ricovero/parto**

<p><b>REQUISITO MAN3. (M25)*</b></p> <p>Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 80%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p><b>REQUISITO MAN3. (M26)*</b></p> <p>I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 85%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p><b>REQUISITO MAN3. (M27)</b></p> <p>E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p><i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC attestazione buona pratica
<b>REQUISITO MAN3. (M28)</b> Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
<b>INDICATORE 1</b> % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>NUMERATORE</b> Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>DENOMINATORE</b> Totale medici
<b>STANDARD BASE</b> 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> formazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO MAN3. (M29)</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 75 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAN3. (M30)</b> L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
<b>per strutture ospedaliere pubbliche</b>
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 30%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>per casa di cura:</b>
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAN3. (M31)*</b>
Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b>
Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di audit svolti in un anno
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 2</b>
Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di M&M svolte in un anno
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 3</b>
% di azioni di miglioramento realizzate in un anno
<b>NUMERATORE</b>
Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella



**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>DENOMINATORE</b>
Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
<b>STANDARD BASE</b> <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b>
% di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>NUMERATORE</b>
Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>DENOMINATORE</b>
Numero eventi sentinella totale
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 5</b>
% di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>NUMERATORE</b>
Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>REQUISITO MAN3. (M32)</b>
Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b>
% di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>NUMERATORE</b>
Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>INDICATORE 2</b> <i>% di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero operatori sanitari</i>
<b>STANDARD BASE 50 %</b> <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MAN3. (M33)</b> Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
<b>INDICATORE</b> Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale e Centro GRC per sinistri

<b>REQUISITO MAN3. (M34)</b> E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
<b>INDICATORE</b> <i>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C5.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAN3. (M35)</b> I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
<b>INDICATORE 1</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

% pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare <i>( per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO MAN3. (M36)*</b> Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
<b>INDICATORE</b> % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo) <i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i>

<b>REQUISITO MAN3. (M37)</b> I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
<b>INDICATORE</b> Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO MAN3. (M38)</b> <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero schede MEWS correttamente compilate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 4</b> % mortalità nei DRG a bassa mortalità
<b>NUMERATORE</b> Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 5</b> <i>% pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt;</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>80%</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAN3. (M39)</b> Esiste un sistema di gestione del dolore
<b>INDICATORE 1</b> Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
<b>NUMERATORE</b> Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> <i>almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti; per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione cartelle cliniche</i>
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>si</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documenti aziendali</i>
<b>INDICATORE 4</b> <i>abrogato</i>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>INDICATORE 5</b> % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

<b>REQUISITO MAN3. (M40)*</b> Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
<b>INDICATORE</b> % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO MAN3. (M41)</b> Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
<b>INDICATORE</b> % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAN3. (M42)*</b> L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
<b>INDICATORE 1</b> Evidenza della diffusione del report
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle revisionate
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

<b>REQUISITO MAN3. (M43)</b> L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
<b>INDICATORE 1</b> Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni da CVC
<b>DENOMINATORE</b> Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
<b>STANDARD BASE</b> coerente con dati di letteratura internazionale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno del tasso di infezioni

<b>REQUISITO MAN3. (M44)</b> Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
<b>INDICATORE 1</b> L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
<b>STANDARD BASE</b> sì
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>

<b>REQUISITO MAN3. (M45)</b> Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
<b>INDICATORE</b> % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

<b>REQUISITO MAN3. (M46)</b> Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
<b>INDICATORE</b> % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale



**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio nutrizionale
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO MAN3. (M47)*</b> Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche
<b>INDICATORE 3</b> Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

### **MAN3.1 Accettazione e accoglienza**

<b>REQUISITO MAN3.1 (M18)</b> Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
<b>INDICATORE</b> % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio applicazione supporto braccialetto

<b>REQUISITO MAN3.1 (M19)</b> L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAN3.1 (M20)</b> <i>spostato a livello aziendale: A4</i>
---

<b>REQUISITO MAN3.1 (M21)</b> Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MAN3.1 (M22)</b> E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<p><b>REQUISITO MAN3.1 (M23)</b></p> <p>Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>% di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che sono stati intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p><b>REQUISITO MAN3.1 (M24)</b></p> <p>E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Presenza di procedura per la messa in atto del percorso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>

## **MAN3.2 Travaglio**

<p><b>REQUISITO MAN 3.2.1</b></p> <p>E' attivo un sistema di accettazione/accoglienza efficace</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% casi triagiati (triage ostetrico) <i>di gravidanze non a termine (inferiore a 37 settimane)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di casi triagiati (triage ostetrico) <i>di gravidanze non a termine (inferiore a 37 settimane)</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero totale di <i>gravidanze non a termine (inferiore a 37 settimane)</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>REQUISITO MAN 3.2.2</b> L'organizzazione offre modalità differenziate di gestione del dolore nel parto
<b>INDICATORE 1</b> % di parti <i>vaginali</i> eleggibili realizzati con analgesia
<b>NUMERATORE</b> Numero di parti <i>vaginali</i> eleggibili realizzati con analgesia
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei parti <i>vaginali eleggibili</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 4</b> <i>abrogato</i>

**MAN3.3 Parto / MAN3.4 Taglio cesareo di urgenza / MAN3.5 Taglio cesareo d'elezione**

<b>REQUISITO MAN 3.3.1 (e anche 3.4.1 - 3.5.1)</b> La gestione del parto è appropriata
<b>INDICATORE 1</b> % di parti cesarei depurati (NTSV)
<b>NUMERATORE</b> Numero di parti cesarei depurati (NTSV)
<b>DENOMINATORE</b> Numero di parti depurati (NTSV)
<b>STANDARD BASE</b> 24%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C7.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % di parti con induzione farmacologica
<b>NUMERATORE</b> Numero di parti vaginali con induzione farmacologica
<b>DENOMINATORE</b>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero di parti vaginali
<b>STANDARD BASE</b> 20%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C7.2); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> Percentuale di episiotomie su parti vaginali NTSV
<b>NUMERATORE</b> Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali NTSV
<b>DENOMINATORE</b> Numero di parti vaginali NTSV
<b>STANDARD BASE</b> 40%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C7.3); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

### MAN3.6 Intervento per evento infausto/aborto terapeutico

**REQUISITO MAN 3.6.1** *abrogato*

### MAN3.7 Intervento per evento infausto/aborto terapeutico

<b>REQUISITO MAN3.7.1</b> Esiste una modalità strutturata per il supporto della donna e i suoi familiari nella gestione del lutto post evento infausto
<b>INDICATORE</b> Presenza di procedura
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

### MAN4. Dimissioni

<b>REQUISITO MAN4. (M48)</b> Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAN4. (M49) *</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
<b>INDICATORE 1</b> Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % ricoveri maggiori di 30 giorni
<b>NUMERATORE</b> Numero dimessi con degenza > 30gg
<b>DENOMINATORE</b> Numero dimessi
<b>STANDARD BASE</b> < 1,5 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C8a.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di dimissioni con attivazione ADI <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dimissioni con attivazione ADI
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dimissioni
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAN4. (M50)</b> Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
--

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p>
<p><b>REQUISITO MAN4. (M51) *</b></p> <p>Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% di lettere di dimissioni compilate correttamente</p> <p>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero totale lettere di dimissioni</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche</p>
<p><b>REQUISITO MAN4. (M52)</b></p>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b>



**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

### **MAN 4.1 Assistenza puerperio**

<b>REQUISITO MAN 4.1.1</b> Ad ogni donna è garantito un supporto specialistico per la buona gestione della fase post-partum
<b>INDICATORE 1</b> % di donne con basso titolo di studio che ricevono la visita a domicilio dell'ostetrica dopo il parto
<b>NUMERATORE</b> Numero di donne con basso titolo di studio che ricevono la visita a domicilio dell'ostetrica dopo il parto
<b>DENOMINATORE</b> Numero di donne con basso titolo di studio che hanno partorito
<b>STANDARD BASE</b> 50 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione della performance (report indagine materno-infantile) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di programmi per il supporto della donna nella gestione del periodo post-partum
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

### **MAN 4.2 Follow-up**

<b>REQUISITO MAN 4.2.1</b> L'organizzazione offre modalità differenziate di assistenza al neonato
<b>INDICATORE</b> Procedure per organizzazione della nursery e della modalità rooming-in
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

## Percorso di Area materno infantile: pediatrico

### GENERALI AZIENDALI

<p><b>REQUISITO MAPA1. *</b> Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p><b>INDICATORE</b> % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero impegni raggiunti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero impegni regionali</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 75%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B16.1.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>

<p><b>REQUISITO MAPA2.</b> E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p><b>INDICATORE</b> Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 40 ore settimanali</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>

<p><b>REQUISITO MAPA3.</b> Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p><b>INDICATORE</b> Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> <math>\sum (FLUi \times Wi)</math> FLUi indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> <math>\sum Wi</math> Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B8); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
nota: indicatore aziendale complessivo

**REQUISITO MAPA4.**

*E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)*

**INDICATORE 1**

*% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni*

**NUMERATORE**

*Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali*

**DENOMINATORE**

*Numero di visite specialistiche totali esaminate*

**STANDARD BASE** 70%

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance ; *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*

**INDICATORE 2**

*% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni*

**NUMERATORE**

*Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali*

**DENOMINATORE**

*Numero di esami diagnostici totali esaminati*

**STANDARD BASE** 60 %

**TIPOLOGIA FONTE** flusso TAT

**REQUISITO MANA5.**

*L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee*

**INDICATORE 1**

*Qualità del processo donazione di tessuto corneale*

**NUMERATORE**

*Numero donatori di tessuto corneale*

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<b>DENOMINATORE</b> Numero decessi $\geq 5$ anni e $\leq 75$ anni
<b>STANDARD BASE</b> $\geq 5\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT
<b>INDICATORE 2</b> Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts
<b>NUMERATORE</b> Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts
<b>DENOMINATORE</b> Numero decessi $\geq 4$ anni e $\leq 75$ anni
<b>STANDARD BASE</b> $\geq 2\%$
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT

<b>REQUISITO MAPM1.</b> I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
<b>INDICATORE</b> Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MAPM2.</b> Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti (Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")
<b>NUMERATORE</b> Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
<b>DENOMINATORE</b> Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO MAPM3.</b></p> <p>Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p> <p><i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 35%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO MAPM4.</b></p> <p>E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p> <p><i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>REQUISITO MAPM5. *</b></p> <p>E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MAPM6.</b> L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
<b>INDICATORE 1</b> Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MAPM7.</b> Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
<b>INDICATORE</b> % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAPM8.</b> Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
<b>INDICATORE 1</b> % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>REQUISITO MAPM9.</b> Il " <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> " è diffuso agli operatori
<b>INDICATORE</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

% di operatori a cui è stato diffuso il “Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”
<b>NUMERATORE</b> Numero di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
<b>DENOMINATORE</b> Totale operatori
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MAPM10.</b> Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
<b>INDICATORE</b> Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MAPM11. *</b> La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC )</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>INDICATORE 2</b>



**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

% di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>NUMERATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 70% <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale

<b>REQUISITO MAPM12.</b> Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 1</b> Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di lavaggio mani effettuate
<b>DENOMINATORE</b> Numero occasioni di lavaggio mani
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio del lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 2</b> Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi ( per ambulatori)
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> farmacia

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>INDICATORE 3</b>
% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b>
% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b>
<i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>DENOMINATORE</b>
<i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAPM13.</b>
Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
<b>INDICATORE 1</b>
Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio resistenze
<b>INDICATORE 2</b>
Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MAPM14.</b>
--------------------------

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>
<b>INDICATORE</b> Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MAPM15.</b> Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti anziani ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>INDICATORE 2</b> Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>INDICATORE 3</b> Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
<b>NUMERATORE</b> Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
<b>DENOMINATORE</b> Cadute che esitano in un sinistro
<b>STANDARD BASE</b> >1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>INDICATORE 4</b> <i>% di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di audit sulle cadute con danno</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero cadute con danno
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO MAPM16.</b> I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
<b>INDICATORE</b> Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MAPM17.</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
<b>INDICATORE</b> Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>NUMERATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

**MAP1. Accesso al Sistema**

**MAP1.1 Accettazione e accoglienza**

<p><b>REQUISITO MAP1.1.1</b> Sono previste delle attività ricreative ed educative giornaliere e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza</p>
<p><b>INDICATORE</b> Presenza di un programma dedicato</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> Si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali</p>

<p><b>REQUISITO MAP1.1 (M18)</b> Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente</p>
<p><b>INDICATORE</b> % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ricoverati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio applicazione supporto braccialetto</p>

<p><b>REQUISITO MAP1.1 (M19)</b> L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione</p>
<p><b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

**REQUISITO MAP1.1 (M20)** *spostato a livello aziendale: A4*

<b>REQUISITO MAP1.1 (M21)</b> Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MAP1.1 (M22)</b> E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MAP1.1 (M24)</b> E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
<b>INDICATORE</b> Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

## MAP2. Ricovero/degenza

<b>REQUISITO MAP2.1</b> L'accesso h 24 alla struttura, da parte dei visitatori, è regolamentato
<b>INDICATORE</b> Presenza di una programmazione dell'accesso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>REQUISITO MAP2.2</b> Sono coinvolti genitori/ tutor nel sostegno psicologico del paziente nell'esecuzione di procedure invasive
<b>INDICATORE</b> Presenza di un programma specifico per l'informazione e il coinvolgimento dei genitori/ tutor nelle procedure invasive
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO MAP2.3</b> Esiste una procedura di gestione del consenso informato coerente con la specificità pediatrica
<b>INDICATORE</b> Presenza di un modello di consenso informato specifico
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i>

<b>REQUISITO MAP2. (M25) *</b> Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAP2. (M26) *</b>
--------------------------------

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 85%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAP2. (M27)</b> E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
<b>INDICATORE</b> <i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC attestazione buona pratica

<b>REQUISITO MAP2. (M28)</b> Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
<b>INDICATORE 1</b> % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>NUMERATORE</b> Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>DENOMINATORE</b> Totale medici
<b>STANDARD BASE</b> 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> formazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute dai medici erano <i>chiare</i>



**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dagli infermieri erano chiare
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dagli infermieri erano chiare
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAP2. (M29)</b> La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 75 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAP2. (M30)</b> L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
<b>per strutture ospedaliere pubbliche</b>
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 30%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>per casa di cura:</b>
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAP2. (M31) *</b> Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di audit svolti in un anno
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 2</b> Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di M&M svolte in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
<b>NUMERATORE</b> Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
<b>DENOMINATORE</b> Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
<b>STANDARD BASE</b> <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>NUMERATORE</b> Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>DENOMINATORE</b> Numero eventi sentinella totale
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 5</b> % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>NUMERATORE</b>
Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>

<b>REQUISITO MAP2. (M32)</b>
Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b>
<i>% di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</i>
<b>NUMERATORE</b>
<i>Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</i>
<b>DENOMINATORE</b>
<i>Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente</i>
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b>
<i>% di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
<b>NUMERATORE</b>
<i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
<b>DENOMINATORE</b>
<i>Numero operatori sanitari</i>
<b>STANDARD BASE</b> 50 %
<i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO MAP2. (M33)</b>
Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
<b>INDICATORE</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale e Centro GRC per sinistri

<b>REQUISITO MAP2. (M34)</b> E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
<b>INDICATORE</b> % ricoveri ripetuti con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C5.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAP2. (M35)</b> I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare ( per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?")
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO MAP2. (M36) *</b> Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
<b>INDICATORE</b> % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a <i>basso</i> peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)  <i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i>
<b>REQUISITO MAP2. (M37)</b> I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
<b>INDICATORE</b> Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali
<b>REQUISITO MAP2. (M38)</b> <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di schede MEWS correttamente compilate

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero schede MEWS correttamente compilate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 4</b> % mortalità nei DRG a bassa mortalità
<b>NUMERATORE</b> Numero deceduti con DRG a bassa mortalità
<b>DENOMINATORE</b> Numero dimessi con DRG a bassa mortalità
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
<b>INDICATORE 5</b> % pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti con MEWS >
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO MAP2. (M39)</b> Esiste un sistema di gestione del dolore
<b>INDICATORE 1</b> Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero cartelle cliniche revisionate</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti; <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i></p>
<p><b>INDICATORE 3</b></p> <p><i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> <i>si</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali</p>
<p><b>INDICATORE 4</b> <i>abrogato</i></p>
<p><b>INDICATORE 5</b></p> <p>% pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> <i>80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO MAP2. (M40) *</b></p> <p>Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc</p>
<p><b>INDICATORE</b></p>



**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

% di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO MAP2. (M41)</b> Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
<b>INDICATORE</b> % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAP2. (M42) *</b> L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
<b>INDICATORE 1</b> Evidenza della diffusione del report
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi,

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

cateterismo)
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

<b>REQUISITO MAP2. (M43)</b> L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
<b>INDICATORE 1</b> Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni da CVC
<b>DENOMINATORE</b> Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
<b>STANDARD BASE</b> coerente con dati di letteratura internazionale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno del tasso di infezioni

<b>REQUISITO MAP2. (M44)</b> Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
<b>INDICATORE 1</b> L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>REQUISITO MAP2. (M45)</b>	
Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	
<b>INDICATORE</b>	
% di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito	
<b>NUMERATORE</b>	
Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito	
<b>DENOMINATORE</b>	
Numero di pazienti a rischio	
<b>STANDARD BASE</b>	80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche	

<b>REQUISITO MAP2. (M46)</b>	
Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	
<b>INDICATORE</b>	
% di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)	
<b>NUMERATORE</b>	
Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale	
<b>DENOMINATORE</b>	
Numero di pazienti a rischio nutrizionale	
<b>STANDARD BASE</b>	80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche	

<b>REQUISITO MAP2. (M47)*</b>	
Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	
<b>INDICATORE 1</b>	
Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili	
<b>STANDARD BASE</b>	si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale	
<b>INDICATORE 2</b>	
% di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale	
<b>NUMERATORE</b>	

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche
<b>INDICATORE 3</b> Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

### **MAP2.1 Monitoraggio continuo delle condizioni**

<b>REQUISITO MAP 2.1</b> La richiesta di esami di diagnostica genetica prenatale deve essere <i>preceduta dalla consulenza genetica</i>
<b>INDICATORE</b> <i>% di richieste di esami di diagnostica genetica prenatale con precedente consulenza genetica</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di richieste <i>di esami di diagnostica genetica prenatale con precedente consulenza genetica</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di richieste <i>di esami di diagnostica genetica prenatale</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

### **MPA2.2 Realizzazione esami**

<b>REQUISITO MAP2.2.1</b> E' garantito che negli orari dei pasti non vengano effettuati esami diagnostici e strumentali
<b>INDICATORE</b> <i>% di esami diagnostici e strumentali realizzati durante l'orario dei pasti</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di esami diagnostici e strumentali realizzati durante l'orario dei pasti
<b>DENOMINATORE</b> Totale numero di esami diagnostici e strumentali realizzati
<b>STANDARD BASE</b> 15%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<p><b>REQUISITO MAP2.2.2</b> Sono concordati con i servizi di supporto sanitario (diagnostica strumentale e di laboratorio, consulenze...) i tempi di attesa per la consegna dei risultati della prestazione</p>
<p><b>INDICATORE</b> % prestazioni realizzate nei tempi concordati</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero prestazioni realizzate nei tempi concordati</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Totale prestazioni effettuate</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche</p>

<p><b>REQUISITO MAP2.2.3</b> Il modulo di richiesta relativo agli esami di diagnostica per immagini deve contenere sia il quesito diagnostico che la tipologia di esame da effettuare in termini di proposta</p>
<p><b>INDICATORE</b> % di richieste compilate con la diagnosi e la proposta di esame</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di richieste compilate con la diagnosi e la proposta di esame</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di richieste complessive</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche</p>

#### MAP4. Dimissione

<p><b>REQUISITO MAP 4.1</b> L'organizzazione adotta un sistema di segnalazione al territorio per pazienti critici <i>che necessitano di un supporto ulteriore oltre quello erogato da parte del pediatra di libera scelta</i></p>
<p><b>INDICATORE</b> Esistenza di un sistema di segnalazione per pazienti critici</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> Si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali</p>

<p><b>REQUISITO MAP4. (M48)</b></p>
-------------------------------------

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAP4. (M49)*</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
<b>INDICATORE 1</b> Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % ricoveri maggiori di 30 giorni
<b>NUMERATORE</b> Numero dimessi con degenza > 30gg
<b>DENOMINATORE</b> Numero dimessi
<b>STANDARD BASE</b> < 1,5 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C8a.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di dimissioni con attivazione ADI <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dimissioni con attivazione ADI
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<i>Numero di dimissioni</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAP4. (M50)</b> Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO MAP4. (M51)*</b> Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
<b>INDICATORE</b> % di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale lettere di dimissioni
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

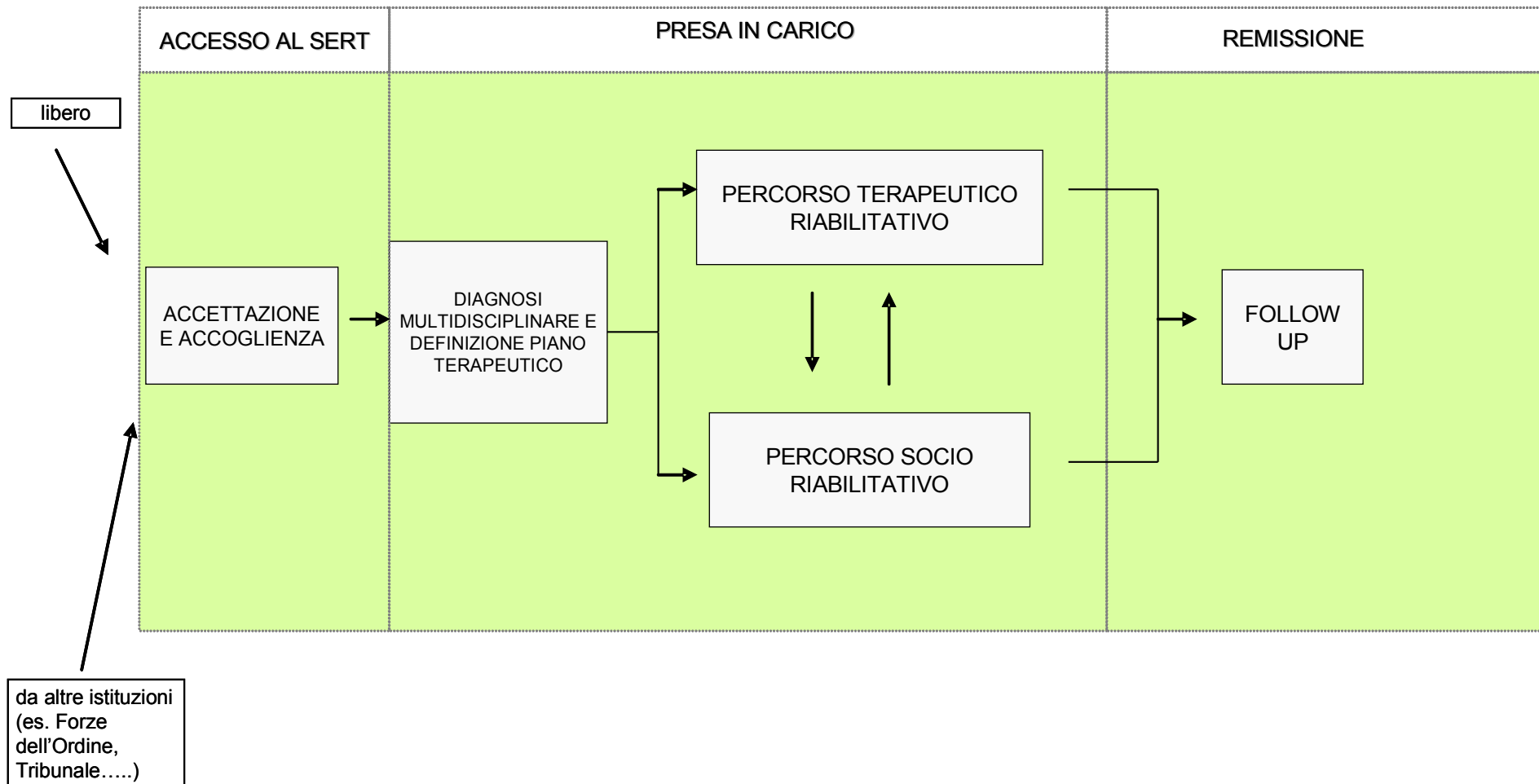
<b>REQUISITO MAP4. (M52)</b> La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>



**Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

Tabella n. 7 diagramma di flusso area dipendenze patologiche



Percorso di Area Dipendenze Patologiche			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	DPA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DPA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	DPA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	DPA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DPrit L'organizzazione valuta la propria capacità di ritenzione degli utenti	Indice di percorso	INDICE DI PERCORSO
	DPprog L'organizzazione valuta la propria capacità di portare a termine i programmi terapeutici dei propri utenti	Indice di percorso	INDICE DI PERCORSO
	DPM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	DPM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	DPM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	DPM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	DPM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	DPM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	DPM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	DPM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	DPM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	DPM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
	DPM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

<b>Percorso di Area Dipendenze Patologiche</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	DPM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DPM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili (Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DPM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DPM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	DPM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina, chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>DP1. ACCESSO AL SERT</b>	DP1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	DP1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
<b>dp1.1 Accettazione e accoglienza</b>	DP1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	DP1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DP1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DP1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>DP 2. PRESA IN CARICO</b>	DP2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DP2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DP2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DP2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

<b>Percorso di Area Dipendenze Patologiche</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	DP2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	DP2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	DP2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	DP2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Formazione	MANAGEMENT
	DP2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Gestione dati	MANAGEMENT
	DP2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>dp 2.1 Diagnosi multidisciplinare e definizione piano terapeutico</b>	DP 2.1.1 L'organizzazione effettua una diagnosi multidisciplinare.	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

<b>Percorso di Area Dipendenze Patologiche</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
<b>dp 2.2 Percorso terapeutico riabilitativo e/o socio-riabilitativo</b>	DP2.2.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP 2.2.1 L'organizzazione effettua una valutazione periodica degli obiettivi del "piano terapeutico" previsti nelle varie fasi fino al completamento.	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP 2.2.2 L'organizzazione utilizza un sistema di monitoraggio periodico di gestione dell'assistenza farmacologica	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>DP 3. REMISSIONE</b>	DP3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	DP3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DP3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	DP3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	DP3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>dp 3.1 Follow up</b>	DP 3.1.1 L'organizzazione utilizza strumenti valutativi di follow up.	Cooperazione	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

## Percorso Area dipendenze patologiche

### GENERALI AZIENDALI

<p><b>REQUISITO DPA1.*</b> Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p><b>INDICATORE</b> % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero impegni raggiunti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero impegni regionali</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 75%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO DPA2.</b> E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p><b>INDICATORE</b> Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 40 ore settimanali</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO DPA3.</b> Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p><b>INDICATORE</b> Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> <math>\sum (FLUi \times Wi)</math> FLUi indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> <math>\sum Wi</math> Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance (B8)  
 nota: indicatore aziendale complessivo

<p><b>REQUISITO DPA4.</b>  <i>E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</i></p>
<p><b>INDICATORE 1</b>  <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>  <i>Numero di visite specialistiche totali esaminate</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance</p>
<p><b>INDICATORE 2</b>  <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>  <i>Numero di esami diagnostici totali esaminati</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 60 %</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso TAT</p>

<p><b>REQUISITO DPA5.</b>  <i>L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</i></p>
<p><b>INDICATORE 1</b>  <i>Qualità del processo donazione di tessuto corneale</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero donatori di tessuto corneale</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>  <i>Numero decessi &gt; = 5 anni e &lt; = 75 anni</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> &gt; = 5%</p>



**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT
<b>INDICATORE 2</b> <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero decessi &gt; = 4 anni e &lt; = 75 anni</i>
<b>STANDARD BASE</b> > = 2%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT

<b>REQUISITO DPrit</b> L'organizzazione valuta la propria capacità di ritenzione degli utenti
<b>INDICATORE 1</b> <i>Indice di ritenzione degli utenti in carico per patologie da uso di droghe (dipendenza/abuso) Indicatore a rilevazione annuale (entro il 31 gennaio per l'anno solare precedente)</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero utenti in carico in un anno solare con diagnosi di patologie da uso di droghe ed esiti di contatto di presa in carico e/o inserimento in comunità terapeutica e contatto chiuso con esito interrotto o chiuso automaticamente e non riaperto nell'anno solare</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero utenti in carico in un anno solare con diagnosi di patologie da uso di droghe ed esiti di contatto di presa in carico e/o inserimento in comunità terapeutica</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Flusso dipendenze
<b>INDICATORE 2</b> <i>Indice di ritenzione degli utenti in carico per patologie da uso di alcol (dipendenza/abuso) Indicatore a rilevazione annuale (entro il 31 gennaio per l'anno solare precedente)</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero utenti in carico in un anno solare con diagnosi di patologie da uso di alcol ed esiti di contatto di presa in carico e/o inserimento in comunità terapeutica e contatto chiuso con esito interrotto o chiuso automaticamente e non riaperto nell'anno solare</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero utenti in carico in un anno solare con diagnosi di patologie da uso di alcol ed esiti di contatto di presa in carico e/o inserimento in comunità terapeutica</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato (baseline)

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Flusso dipendenze
<b>INDICATORE 3</b> <i>Indice di ritenzione degli utenti in carico per tabagismo</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero utenti in carico in un anno solare per tabagismo ed esiti di contatto di presa in carico e contatto chiuso con esito interrotto o chiuso automaticamente e non riaperto nell'anno solare</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero utenti in carico in un anno solare per tabagismo ed esiti di contatto di presa in carico</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Flusso dipendenze

<b>REQUISITO DPprog</b> L'organizzazione valuta la propria capacità di portare a termine i programmi terapeutici dei propri utenti  <i>(nota : l'indicatore è riferito agli utenti presi in carico dai SERT per patologie da uso di droghe e/o alcol ma non ad altre categorie di persone che accedono ai SERT es. lavoratori sottoposti ad accertamenti, tabagisti ecc..)</i>
<b>INDICATORE</b> <i>% utenti in carico in un anno solare con diagnosi di patologie da uso di alcol droghe e/o alcol e programma completato nell'anno</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero utenti in carico in un anno solare con diagnosi di patologie da uso di alcol droghe e/o alcol</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero utenti in carico</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Flusso dipendenze

**REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO**

<b>REQUISITO DPM1.</b> I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
<b>INDICATORE</b> Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<p><b>REQUISITO DPM2.</b></p> <p>Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti  <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che ha partecipato all'indagine di clima interno</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 35%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno )</p>

<p><b>REQUISITO DPM3.</b></p> <p>Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno  <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 35%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)</p>

<p><b>REQUISITO DPM4.</b></p> <p>E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione  <i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>DENOMINATORE</b>
Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO DPM5.*</b>
E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
<b>INDICATORE</b>
Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO DPM6.</b>
L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
<b>INDICATORE 1</b>
Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b>
Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO DPM7.</b>
Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
<b>INDICATORE</b>
% di dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative  <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che hanno partecipato all'indagine clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

<b>REQUISITO DPM8.</b> Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
<b>INDICATORE 1</b> % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>NUMERATORE</b>
Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>DENOMINATORE</b>
Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE 90%</b>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO DPM9.</b>
Il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i> è diffuso agli operatori
<b>INDICATORE</b>
% di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
<b>DENOMINATORE</b>
Totale operatori
<b>STANDARD BASE 80%</b>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO DPM10.</b>
Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
<b>INDICATORE</b>
Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO DPM11.*</b>
La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
<b>INDICATORE 1</b>
% di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC )</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>NUMERATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 70% <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>REQUISITO DPM12.</b> Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 1</b> Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di lavaggio mani effettuate
<b>DENOMINATORE</b> Numero occasioni di lavaggio mani
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio del lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 2</b>

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi ( per ambulatori)
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> farmacia
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 4</b> % di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</i>
<b>REQUISITO DPM13.</b> Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
<b>INDICATORE 1</b> Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si



**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio resistenze
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO DPM14.</b> E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>
<b>INDICATORE</b> Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO DPM15.</b> Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti anziani ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b>

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
<b>NUMERATORE</b> Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
<b>DENOMINATORE</b> Cadute che esitano in un sinistro
<b>STANDARD BASE</b> >1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> <i>% di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di audit sulle cadute con danno</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero cadute con danno
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO DPM16.</b> I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
<b>INDICATORE</b> Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO DPM17.</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
<b>INDICATORE</b> Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

### **DP1. Accesso al SERT**

<b>REQUISITO DP1. (M18)</b> Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
<b>INDICATORE</b> % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio applicazione supporto braccialetto

<b>REQUISITO DP1. (M19)</b> L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente <i>momenti di condivisione del piano terapeutico in itinere</i>
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso ( <i>il condividere va inteso come coinvolgere</i> )
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO DP1. (M20)</b> <i>spostato a livello aziendale: A4</i>
---

### **DP1.1 Accettazione e accoglienza**

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>REQUISITO DP1.1 (M21)</b> Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO DP1.1 (M22)</b> E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO DP1.1 (M23)</b> Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO DP1.1 (M24)</b> E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
<b>INDICATORE</b>

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

**DP2. Presa in carico**

<b>REQUISITO DP2. (M25)*</b> Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO DP2. (M26)*</b> I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 85%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO DP2. (M27)</b> E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
--

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>INDICATORE</b> <i>Adesione alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC attestazione buona pratica
<b>REQUISITO DP2. (M28)</b> Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
<b>INDICATORE 1</b> % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>NUMERATORE</b> Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>DENOMINATORE</b> Totale medici
<b>STANDARD BASE</b> 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> formazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri )

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>REQUISITO DP2. (M29)</b> La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO DP2. (M30)</b> L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 30%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO DP2. (M31)*</b> Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
--

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>INDICATORE 1</b> Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di audit svolti in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 2</b> Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di M&M svolte in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
<b>NUMERATORE</b> Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
<b>DENOMINATORE</b> Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
<b>STANDARD BASE</b> <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>NUMERATORE</b> Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>DENOMINATORE</b>



**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

Numero eventi sentinella totale
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 5</b> % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>NUMERATORE</b> Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>

<b>REQUISITO DP2. (M32)</b> Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
<b>STANDARD BASE</b> 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
<b>NUMERATORE</b> Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
<b>DENOMINATORE</b> Numero operatori sanitari
<b>STANDARD BASE</b> 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali)</i>

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<i>per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO DP2. (M33)</b> Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
<b>INDICATORE</b> Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale e Centro GRC per sinistri
<b>REQUISITO DP2. (M34)</b> E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
<b>INDICATORE</b> % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C5.1)
<b>REQUISITO DP2. (M36)*</b> Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
<b>INDICATORE</b> % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)  <i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>DENOMINATORE</b>
Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i>
<b>REQUISITO DP2. (M37)</b>
I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
<b>INDICATORE</b>
Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali
<b>REQUISITO DP2. (M38)</b>
<i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>
<b>INDICATORE 1</b>
% di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero schede MEWS correttamente compilate
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 4</b>
<i>% mortalità nei DRG a bassa mortalità</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i>
<b>DENOMINATORE</b>
Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 5</b> <i>% pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt;</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>80%</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO DP2. (M39)</b> Esiste un sistema di gestione del dolore
<b>INDICATORE 1</b> Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
<b>NUMERATORE</b> Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> <i>almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti; per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione cartelle cliniche</i>
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>si</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documenti aziendali</i>

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>INDICATORE 4</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 5</b> % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> <i>80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri )</i>

<b>REQUISITO DP2. (M40)*</b> Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
<b>INDICATORE</b> % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO DP2. (M41)</b> Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
<b>INDICATORE</b> % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO DP2. (M42)*</b> L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
<b>INDICATORE 1</b> Evidenza della diffusione del report
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>DENOMINATORE</b> Numero ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

<b>REQUISITO DP2. (M43)</b> L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
<b>INDICATORE 1</b> Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b>

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni da CVC
<b>DENOMINATORE</b> Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
<b>STANDARD BASE</b> coerente con dati di letteratura internazionale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno del tasso di infezioni

<b>REQUISITO DP2. (M44)</b> Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
<b>INDICATORE 1</b> L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>

<b>REQUISITO DP2. (M45)</b> Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
<b>INDICATORE</b> % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

<b>REQUISITO DP2. (M46)</b> Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
<b>INDICATORE</b> % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio nutrizionale
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

### DP2.1 Diagnosi multidisciplinare e definizione piano terapeutico

<b>REQUISITO DP 2.1.1</b> L'organizzazione effettua una diagnosi multidisciplinare tempestiva
<b>INDICATORE</b> % nuovi utenti con diagnosi multidisciplinare entro 30 gg
<b>NUMERATORE</b> Numero nuovi utenti con diagnosi multidisciplinare entro 30 gg
<b>DENOMINATORE</b> Numero nuovi utenti
<b>STANDARD BASE</b> 80 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Flusso <i>dipendenze</i>

### DP2.2 Percorso terapeutico riabilitativo e/o socio-riabilitativo

<b>REQUISITO DP2.2 (M47)*</b> Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di <i>SIRT</i> correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di <i>SIRT</i> correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche
<b>INDICATORE 3</b>



**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO DP 2.2.1</b> L'organizzazione effettua una valutazione periodica degli obiettivi del "piano terapeutico <i>individuale</i> " previsti nelle varie fasi fino al completamento
<b>INDICATORE</b> % registrazioni delle valutazioni periodiche degli obiettivi del piano terapeutico <i>individuale</i> previsti nelle varie fasi fino al completamento
<b>NUMERATORE</b> Numero registrazioni delle valutazioni periodiche degli obiettivi del piano terapeutico <i>individuale</i> previsti nelle varie fasi fino al completamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero piani terapeutici <i>individuali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 70 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO DP 2.2.2</b> L'organizzazione utilizza un sistema di monitoraggio periodico di gestione dell'assistenza farmacologica
<b>INDICATORE</b> Esistenza di report periodici
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

### **DP3. Remissione**

<b>REQUISITO DP3. (M48)</b> Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO DP3. (M49)*</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
<b>INDICATORE 1</b> Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % ricoveri maggiori di 30 giorni
<b>NUMERATORE</b> Numero dimessi con degenza > 30gg
<b>DENOMINATORE</b> Numero dimessi
<b>STANDARD BASE</b> < 1,5 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C8a.1)
<b>INDICATORE 3</b> <i>% di dimissioni con attivazione ADI</i> <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di dimissioni con attivazione ADI</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di dimissioni</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance</i>

<b>REQUISITO DP3. (M50)</b> Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<i>una volta rientrati a domicilio</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è <i>stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>REQUISITO DP3. (M51)*</b> Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
<b>INDICATORE</b> % di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale lettere di dimissioni
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche
<b>REQUISITO DP3. (M52)</b> La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

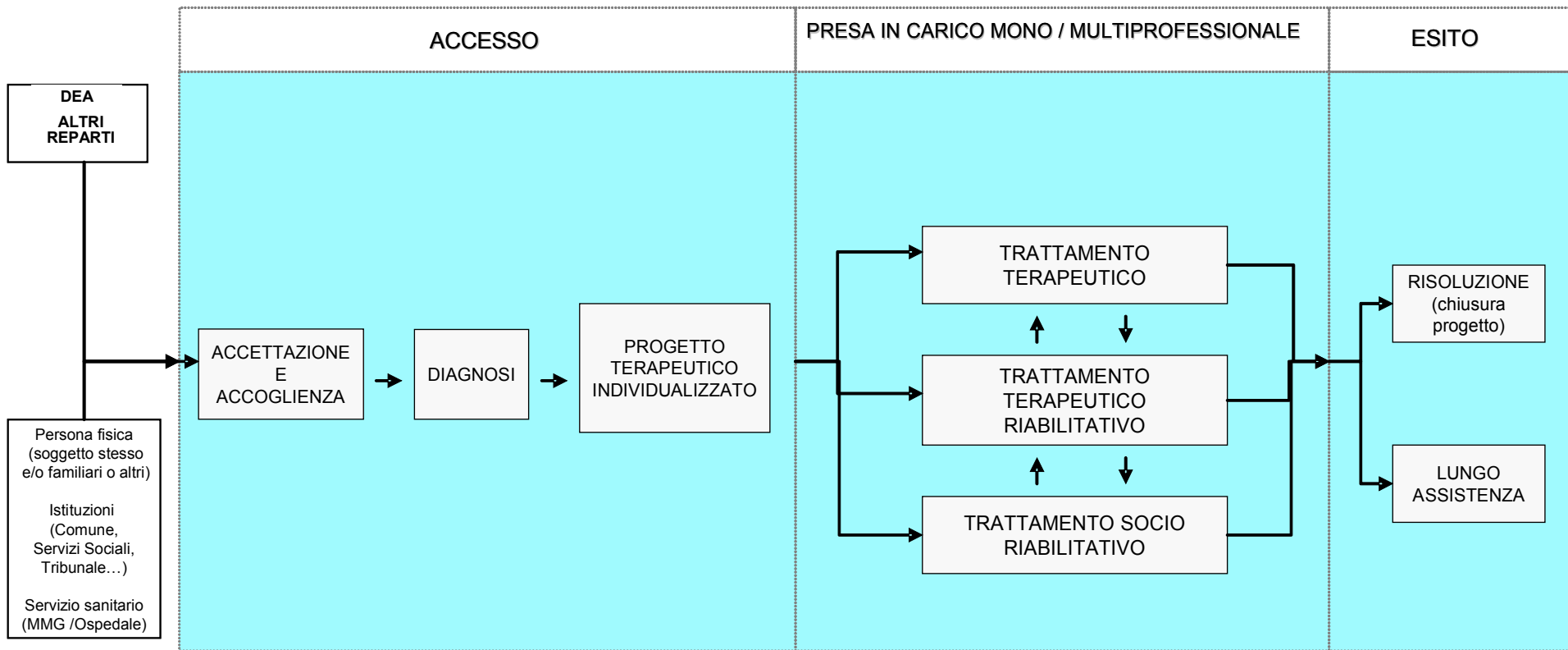
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> )
<b>INDICATORE 4</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> )

**DP3.1 Follow up**

**Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche**

<b>REQUISITO DP 3.1.1</b> L'organizzazione utilizza strumenti valutativi di follow up
<b>INDICATORE</b> <i>% degli utenti tossico e/o alcol dipendenti con follow up programmato al termine del trattamento che lo effettuano entro 6 mesi</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero degli utenti tossico e/o alcol dipendenti con follow up programmato al termine del trattamento che lo effettuano entro 6 mesi</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero totale degli utenti tossico e/o alcol dipendenti con follow up programmato al termine del trattamento</i>
<b>STANDARD BASE</b> 50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

Tabella n. 8 diagramma di flusso area salute mentale



<b>Percorso di Area salute mentale</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	SMA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Gestione dati	MANAGEMENT
	SMA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SMA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SMA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	SM L'organizzazione si dota di strumenti di prevenzione del rischio di suicidio e ne monitorizza il processo	Indice di percorso	INDICE DI PERCORSO
	SMM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	SMM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	SMM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	SMM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	SMM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	SMM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	SMM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	SMM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	SMM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	SMM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT

Percorso di Area salute mentale			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	SMM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SMM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SMM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SMM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SMM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SMM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SMM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>SM1. ACCESSO AL SISTEMA</b>	SM1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE



<b>Percorso di Area salute mentale</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	SM1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
<b>sm1.1 Accettazione e accoglienza</b>	SM1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	SM1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SM1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SM1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>sm 1.2 Diagnosi</b>			
<b>sm 1.3 Progetto terapeutico individualizzato</b>	SM 1.3.1 Il progetto terapeutico individualizzato è gestito efficacemente	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM 1.3.2 <i>Il progetto terapeutico:</i> - indica il dirigente responsabile del processo di cura e l'ipotesi diagnostica via via formulata - formula il Piano di Trattamento definendo tipologia e frequenza delle prestazioni preventivate - valuta il consenso/motivazione dell'utente (o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza) - indica la tipologia di presa in carico da attivare (monoprofessionale, multiprofessionale o complessa). <i>Nel caso di presa in carico multiprofessionale e/o complessa il progetto terapeutico esplicita anche i problemi prevalenti e gli obiettivi.</i> <i>Nel caso di presa in carico complessa il progetto terapeutico indica anche il referente/case manager.</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM 1.3.3 <i>Il progetto terapeutico è valutato periodicamente</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>SM 2. PRESA IN CARICO MULTI/ MONOPROFessionALE</b>	SM2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SM2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SM2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SM2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Percorso di Area salute mentale			
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA	
SM2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
SM2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
SM2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
SM2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
SM2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Formazione	MANAGEMENT	
SM2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Gestione dati	MANAGEMENT	
SM2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
SM2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
SM2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva (da intendersi solo per i ricoveri in SPDC)</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
SM2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
SM2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc <i>(da intendersi solo per i ricoveri in SPDC)</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
SM2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
SM2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Percorso di Area salute mentale			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	SM2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>sm 2.1 Trattamento terapeutico e/o terapeutico-riabilitativo e/o socio-riabilitativo</b>	SM 2.1.1 Il progetto terapeutico individualizzato è gestito efficacemente	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM 2.1.2 Il progetto terapeutico <i>dei percorsi residenziali e semiresidenziali</i> descrive: il problema, la diagnosi e gli obiettivi da raggiungere, le modalità e i tempi della valutazione degli obiettivi, la tipologia di trattamento utilizzato (il metodo), il consenso dell'utente (o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza); il progetto terapeutico deve indicare il responsabile del processo di cura.	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM 2.1.3 Le condizioni del paziente sono monitorate in coerenza con il progetto terapeutico con continuità .	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM 2.1.4 E' garantita la continuità terapeutico assistenziale del trattamento da una percorso di trattamento all'altro ( <i>passaggi interni al Dipartimento ad es. SPDC/territorio, ambulatorio/ospedale/residenza</i> ).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SM 2.1.5 E' garantita la continuità assistenziale con <i>il territorio ai dimessi SPDC</i>	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

<b>Percorso di Area salute mentale</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	SM2.4.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>SM 3. ESITO</b>	SM 3.1 E' garantita la continuità assistenziale con le altre specialistiche (neurologia, geriatria..) e con gli altri servizi (serv. sociale, MMG, servizi per l'handicap..) del territorio	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SM3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SM3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SM3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SM3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SM3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>sm 3.1 Risoluzione (chiusura progetto)</b>			
<b>sm 3.2 Lungo-assistenza</b>			

## Percorso di Area salute mentale

### GENERALI AZIENDALI

<p><b>REQUISITO SMA1.*</b> Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p><b>INDICATORE</b> % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero impegni raggiunti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero impegni regionali</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 75%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO SMA2.</b> E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p><b>INDICATORE</b> Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 40 ore settimanali</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO SMA3.</b> Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p><b>INDICATORE</b> Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> <math>\sum (FLUi \times Wi)</math> FLUi indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> <math>\sum Wi</math> Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>

**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance (B8)  
 nota: indicatore aziendale complessivo

**REQUISITO SMA4.**

*E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)*

**INDICATORE 1**

*% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni*

**NUMERATORE**

*Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali*

**DENOMINATORE**

*Numero di visite specialistiche totali esaminate*

**STANDARD BASE** 70%

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance

**INDICATORE 2**

*% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni*

**NUMERATORE**

*Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali*

**DENOMINATORE**

*Numero di esami diagnostici totali esaminati*

**STANDARD BASE** 60 %

**TIPOLOGIA FONTE** flusso TAT

**REQUISITO SMA5.**

*L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee*

**INDICATORE 1**

*Qualità del processo donazione di tessuto corneale*

**NUMERATORE**

*Numero donatori di tessuto corneale*

**DENOMINATORE**

*Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni*

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<b>STANDARD BASE</b> > = 5%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT
<b>INDICATORE 2</b> <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero decessi &gt; = 4 anni e &lt; = 75 anni</i>
<b>STANDARD BASE</b> > = 2%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT

<b>REQUISITO SM</b> L'organizzazione si dota di strumenti di prevenzione del rischio di suicidio e ne monitorizza il processo
<b>INDICATORE 1</b> <i>Presenza del documento che da evidenza alle procedure da attuare per la prevenzione del rischio di suicidio</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>% presenza di tentativi di suicidio e suicidi dei pazienti in carico presso il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e le strutture residenziali</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero tentativi di suicidio e suicidi dei pazienti in carico presso SPDC e strutture residenziali</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero pazienti in carico presso SPDC e strutture residenziali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1 report annuale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

## REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

<b>REQUISITO SMM1.</b> I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
<b>INDICATORE</b>

**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO SMM2.</b> Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
<b>DENOMINATORE</b> Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno )

<b>REQUISITO SMM3.</b> Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

<b>REQUISITO SMM4.</b> E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
<b>INDICATORE</b> % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione



**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

<p><i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>	
<b>NUMERATORE</b>	Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
<b>DENOMINATORE</b>	Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
<b>STANDARD BASE</b>	90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	documento aziendale
<b>REQUISITO SMM5.*</b>	
E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	
<b>INDICATORE</b>	Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
<b>STANDARD BASE</b>	si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	documento aziendale
<b>REQUISITO SMM6.</b>	
L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	
<b>INDICATORE 1</b>	Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
<b>STANDARD BASE</b>	si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b>	Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
<b>STANDARD BASE</b>	si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	documento aziendale
<b>REQUISITO SMM7.</b>	
Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	
<b>INDICATORE</b>	% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte</i>

**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

<i>“Totalmente d’accordo” e “Molto d’accordo”</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti che hanno partecipato all’indagine clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

<b>REQUISITO SMM8.</b> Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
<b>INDICATORE 1</b> % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO SMM9.</b> Il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i> è diffuso agli operatori
<b>INDICATORE</b> % di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale operatori
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO SMM10.</b> Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
<b>INDICATORE</b> Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO SMM11.*</b> La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
---

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% di buone pratiche regionali in uso di interesse</p> <p><i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC )</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>% di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale</p>
<p><b>REQUISITO SMM12.</b></p> <p>Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>Compliance lavaggio mani operatori</p> <p><i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di lavaggio mani effettuate</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p>

**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

Numero occasioni di lavaggio mani
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio del lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 2</b> Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi ( per ambulatori)
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> farmacia
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 4</b> <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</i>

<b>REQUISITO SMM13.</b> Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
--

**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio resistenze</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>REQUISITO SMM14.</b></p> <p>E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili  <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i></p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>REQUISITO SMM15.</b></p> <p>Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero pazienti anziani ricoverati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 80%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale  <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i></p>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
<b>NUMERATORE</b> Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
<b>DENOMINATORE</b> Cadute che esitano in un sinistro
<b>STANDARD BASE</b> >1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato un audit</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero <i>di audit sulle</i> cadute con danno
<b>DENOMINATORE</b> Numero cadute con danno
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO SMM16.</b> I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
<b>INDICATORE</b> Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO SMM17.</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
---

**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

<b>INDICATORE</b> Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>NUMERATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

### **SM1. Accesso al sistema**

<b>REQUISITO SM1. (M18)</b> Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
<b>INDICATORE</b> % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio applicazione supporto braccialetto

<b>REQUISITO SM1. (M19)</b> L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato



Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>REQUISITO SM1. (M20)</b> <i>spostato a livello aziendale: A4</i>
<b>SM1.1 Accettazione e accoglienza</b>
<b>REQUISITO SM1.1 (M21)</b> Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO SM1.1 (M22)</b> E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO SM1.1 (M23)</b> Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO SM1.1 (M24)</b> E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
<b>INDICATORE</b> Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

### SM1.3 Progetto terapeutico individualizzato

<b>REQUISITO SM 1.3.1</b> Il progetto terapeutico individualizzato è gestito efficacemente
<b>INDICATORE 1</b> % ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici
<b>NUMERATORE</b> Numero ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici
<b>DENOMINATORE</b> Numero ricoveri per pazienti psichiatrici
<b>STANDARD BASE</b> <12%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione della performance (C8a.13)
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti in carico con progetto individualizzato
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti in carico con progetto individualizzato
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti in carico
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> SALM o <i>revisione cartelle cliniche</i>

<b>REQUISITO SM 1.3.2</b> <i>Il progetto terapeutico:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>indica il dirigente responsabile del processo di cura e l'ipotesi diagnostica via via formulata</i></li> <li>• <i>formula il Piano di Trattamento definendo tipologia e frequenza delle prestazioni preventivate</i></li> </ul>
--

**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>valuta il consenso/motivazione dell'utente (o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza)</i></li> <li>• <i>indica la tipologia di presa in carico da attivare (monoprofessionale, multiprofessionale o complessa).</i></li> </ul> <p><i>Nel caso di presa in carico multiprofessionale e/o complessa il progetto terapeutico esplicita anche i problemi prevalenti e gli obiettivi.</i></p> <p><i>Nel caso di presa in carico complessa il progetto terapeutico indica anche il referente/case manager.</i></p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% di progetti terapeutici che rispondono al requisito</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di progetti terapeutici che rispondono al requisito</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di progetti terapeutici redatti</p>
<p><b>STANDARD BASE 70%</b></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b>      <i>SALM /revisione cartelle cliniche</i></p>

<p><b>REQUISITO SM 1.3.3</b></p> <p><i>Il progetto terapeutico è valutato periodicamente</i></p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p><i>% progetti terapeutici con valutazione periodica (max 3 mesi)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p><i>Numero progetti terapeutici con valutazione periodica (max 3 mesi)</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p><i>Numero progetti terapeutici totali</i></p>
<p><b>STANDARD BASE 70%</b></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b>      <i>SALM</i></p>

**SM2. Presa in carico multi/monoprofessionale**

<p><b>REQUISITO SM2. (M25)*</b></p> <p>Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO SM2. (M26)*</b> I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 85%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO SM2. (M27)</b> E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
<b>INDICATORE</b> <i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC attestazione buona pratica

<b>REQUISITO SM2. (M28)</b> Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
<b>INDICATORE 1</b> % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>NUMERATORE</b> Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>DENOMINATORE</b> Totale medici
<b>STANDARD BASE</b> 40%

**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

<i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> formazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri )
<b>REQUISITO SM2. (M29)</b> La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 75 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>REQUISITO SM2. (M30)</b> L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
<b>INDICATORE 1</b>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

% di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 30%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO SM2. (M31)*</b> Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di audit svolti in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance C6.2.1
<b>INDICATORE 2</b> Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

Numero di M&M svolte in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance C6.2.2
<b>INDICATORE 3</b> % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
<b>NUMERATORE</b> Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
<b>DENOMINATORE</b> Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
<b>STANDARD BASE</b> almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC
<b>INDICATORE 4</b> % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>NUMERATORE</b> Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>DENOMINATORE</b> Numero eventi sentinella totale
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC
<b>INDICATORE 5</b> % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>NUMERATORE</b> Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC

**REQUISITO SM2. (M32)**

**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> <i>% di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente</i>
<b>STANDARD BASE</b> 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>% di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero operatori sanitari</i>
<b>STANDARD BASE</b> 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO SM2. (M33)</b> Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
<b>INDICATORE</b> Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale e Centro GRC per sinistri
<b>REQUISITO SM2. (M34)</b> E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
<b>INDICATORE</b> <i>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)</i>



**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

<b>NUMERATORE</b>
Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C5.1)

<b>REQUISITO SM2. (M36)*</b>
Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
<b>INDICATORE</b>
% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
<i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
<b>DENOMINATORE</b>
Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i>

<b>REQUISITO SM2. (M37)</b>
I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
<b>INDICATORE</b>
Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO SM2. (M38)</b>
<i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva (da interdarsi solo per i ricoveri in SPDC)</i>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<b>INDICATORE 1</b> % di schede MEWS correttamente compilate (sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)
<b>NUMERATORE</b> Numero schede MEWS correttamente compilate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche <i>ospedaliere</i>
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 4</b> % mortalità nei DRG a bassa mortalità
<b>NUMERATORE</b> Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2)</i>
<b>INDICATORE 5</b> % pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale
<b>NUMERATORE</b> Numero <i>pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero <i>pazienti con MEWS &gt;</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO SM2. (M39)</b> Esiste un sistema di gestione del dolore
<b>INDICATORE 1</b> Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.

**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero cartelle cliniche revisionate</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti; <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i></p>
<p><b>INDICATORE 3</b></p> <p><i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> <i>si</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali</p>
<p><b>INDICATORE 4</b> <i>abrogato</i></p>
<p><b>INDICATORE 5</b></p> <p>% pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> <i>80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri )</i></p>
<p><b>REQUISITO SM2. (M40)*</b></p> <p>Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc <i>(da intendersi solo per i ricoveri in SPDC)</i></p>
<p><b>INDICATORE</b></p>

**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

<p>% di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale (si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche</p>

<p><b>REQUISITO SM2. (M41)</b> Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura</p>
<p><b>INDICATORE</b> % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance</p>

<p><b>REQUISITO SM2. (M42)*</b> L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici</p>
<p><b>INDICATORE 1</b> Evidenza della diffusione del report</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)</p>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

<b>REQUISITO SM2. (M43)</b> L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
<b>INDICATORE 1</b> Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni da CVC
<b>DENOMINATORE</b> Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
<b>STANDARD BASE</b> coerente con dati di letteratura internazionale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno del tasso di infezioni

<b>REQUISITO SM2. (M44)</b> Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
<b>INDICATORE 1</b> L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>

<b>REQUISITO SM2. (M45)</b>
-----------------------------

**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
<b>INDICATORE</b> % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

<b>REQUISITO SM2. (M46)</b> Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
<b>INDICATORE</b> % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio nutrizionale
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

**SM2.1 Trattamento terapeutico e/o terapeutico – riabilitativo e/o socio – sanitario**

<b>REQUISITO SM 2.1.1</b> Il progetto terapeutico individualizzato è gestito efficacemente
<b>INDICATORE 1</b> % ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici <i>residenti dimessi dagli SPDC del Dipartimento Salute Mentale</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici <i>residenti dimessi dagli SPDC del Dipartimento Salute Mentale</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero ricoveri per pazienti psichiatrici <i>residenti dimessi dagli SPDC del Dipartimento Salute Mentale</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione della performance (C8a.13)
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti in carico con progetto individualizzato
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti in carico con progetto individualizzato
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti in carico
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> SALM

<b>REQUISITO SM 2.1.2</b> Il progetto terapeutico <i>dei percorsi residenziali e semiresidenziali</i> descrive: il problema, la diagnosi e gli obiettivi da raggiungere, le modalità e i tempi della valutazione degli obiettivi, la tipologia di trattamento utilizzato (il metodo), il consenso dell'utente (o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza); il progetto terapeutico deve indicare il responsabile del processo di cura.
<b>INDICATORE</b> % di progetti terapeutici <i>dei percorsi residenziali e semiresidenziali</i> che rispondono al requisito
<b>NUMERATORE</b> Numero di progetti terapeutici <i>dei percorsi residenziali e semiresidenziali</i> che rispondono al requisito
<b>DENOMINATORE</b> Numero di progetti terapeutici <i>dei percorsi residenziali e semiresidenziali</i> redatti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> SALM o <i>revisione cartelle cliniche</i>

<b>REQUISITO SM 2.1.3</b> Le condizioni del paziente sono monitorate in coerenza con il progetto terapeutico con continuità .
<b>INDICATORE</b> % cartelle <i>territoriali</i> con valutazione periodica (max 3 mesi)
<b>NUMERATORE</b> Numero cartelle <i>territoriali</i> con valutazione periodica (max 3 mesi)
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle <i>territoriali</i> totali
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> SALM o <i>revisione cartelle cliniche</i>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<b>REQUISITO SM 2.1.4</b>	
E' garantita la continuità terapeutico assistenziale del trattamento da una percorso di trattamento all'altro ( <i>passaggi interni al Dipartimento ad es. SPDC/territorio, ambulatorio/ospedale/residenza</i> ).	
<b>INDICATORE 1</b>	
% appuntamenti visita ai pazienti <i>nel passaggio ad altre fasi del percorso</i>	
<b>NUMERATORE</b>	
Numero appuntamenti visita ai pazienti <i>nel passaggio ad altre fasi del percorso</i>	
<b>DENOMINATORE</b>	
Numero pazienti <i>che passano ad altre fasi del percorso</i>	
<b>STANDARD BASE</b> 70%	
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	SALM o <i>revisione cartelle cliniche</i>
<b>INDICATORE 2</b>	
% appuntamenti entro 15 gg nei pazienti <i>nel passaggio ad altre fasi del percorso</i>	
<b>NUMERATORE</b>	
Numero appuntamenti entro 15 gg nei pazienti <i>nel passaggio ad altre fasi del percorso</i>	
<b>DENOMINATORE</b>	
Numero pazienti <i>che passano ad altre fasi del percorso</i>	
<b>STANDARD BASE</b> 70%	
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	SALM o <i>revisione cartelle cliniche</i>

<b>REQUISITO SM 2.1.5</b>	
E' garantita la continuità assistenziale con <i>il territorio ai dimessi SPDC</i>	
<b>INDICATORE</b>	
% pazienti <i>dimessi dall'SPDC con lettera di dimissione da inviare ai MMG</i>	
<b>NUMERATORE</b>	
Numero pazienti <i>dimessi dall'SPDC con lettera di dimissione da inviare ai MMG</i>	
<b>DENOMINATORE</b>	
Numero pazienti <i>dimessi SPDC</i>	
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)	
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	SALM o <i>revisione cartelle cliniche</i>

<b>REQUISITO SM2.4 (M47)*</b>	
Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli	



**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

impiantabili.
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche
<b>INDICATORE 3</b> Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

### **SM3. Esito**

<b>REQUISITO SM 3.1</b> E' garantita la continuità assistenziale con le altre specialistiche (neurologia, geriatria..) e con gli altri servizi (serv. sociale, MMG, servizi per l'handicap..) del territorio
<b>INDICATORE 1</b> %. pazienti trattati con progetto individualizzato integrato
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti trattati con progetto individualizzato integrato
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti in carico
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> SALM
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti in carico la cui relazione annuale viene inviata al MMG di riferimento

**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

<b>NUMERATORE</b>
Numero relazioni annuali di ogni singolo paziente inviate al MMG di riferimento
<b>DENOMINATORE</b>
Numero pazienti in carico
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> SALM

<b>REQUISITO SM3. (M48)</b>
Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
<b>INDICATORE</b>
% pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO SM3. (M49)*</b>
La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
<b>INDICATORE 1</b>
Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b>
% ricoveri maggiori di 30 giorni
<b>NUMERATORE</b>
Numero dimessi con degenza > 30gg
<b>DENOMINATORE</b>
Numero dimessi
<b>STANDARD BASE</b> < 1,5 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C8a.1)

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<p><b>INDICATORE 3</b>  <i>% di dimissioni con attivazione ADI</i>  <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero di dimissioni con attivazione ADI</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>  <i>Numero di dimissioni</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance</i></p>

<p><b>REQUISITO SM3. (M50)</b>          Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare</p>
<p><b>INDICATORE 1</b>  <i>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>          Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance</p>
<p><b>INDICATORE 2</b>  <i>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>          Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance</p>

<p><b>REQUISITO SM3. (M51)*</b>          Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni</p>
--

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% di lettere di dimissioni compilate correttamente</p> <p><i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero totale lettere di dimissioni</p>
<p><b>STANDARD BASE</b>    <i>raccolta del dato</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b>    <i>revisione delle cartelle cliniche</i></p>

<p><b>REQUISITO SM3. (M52)</b></p> <p>La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p><i>Numero di pazienti intervistati</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b>    <i>raccolta del dato (baseline)</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b>    <i>sistema di valutazione delle performance</i></p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>% di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b>    <i>raccolta del dato (baseline)</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b>    <i>sistema di valutazione delle performance</i></p>
<p><b>INDICATORE 3</b></p> <p>% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione</p>

**Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale**

<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> )
<b>INDICATORE 4</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> )

Tabella n. 9 diagramma di flusso area emergenza urgenza

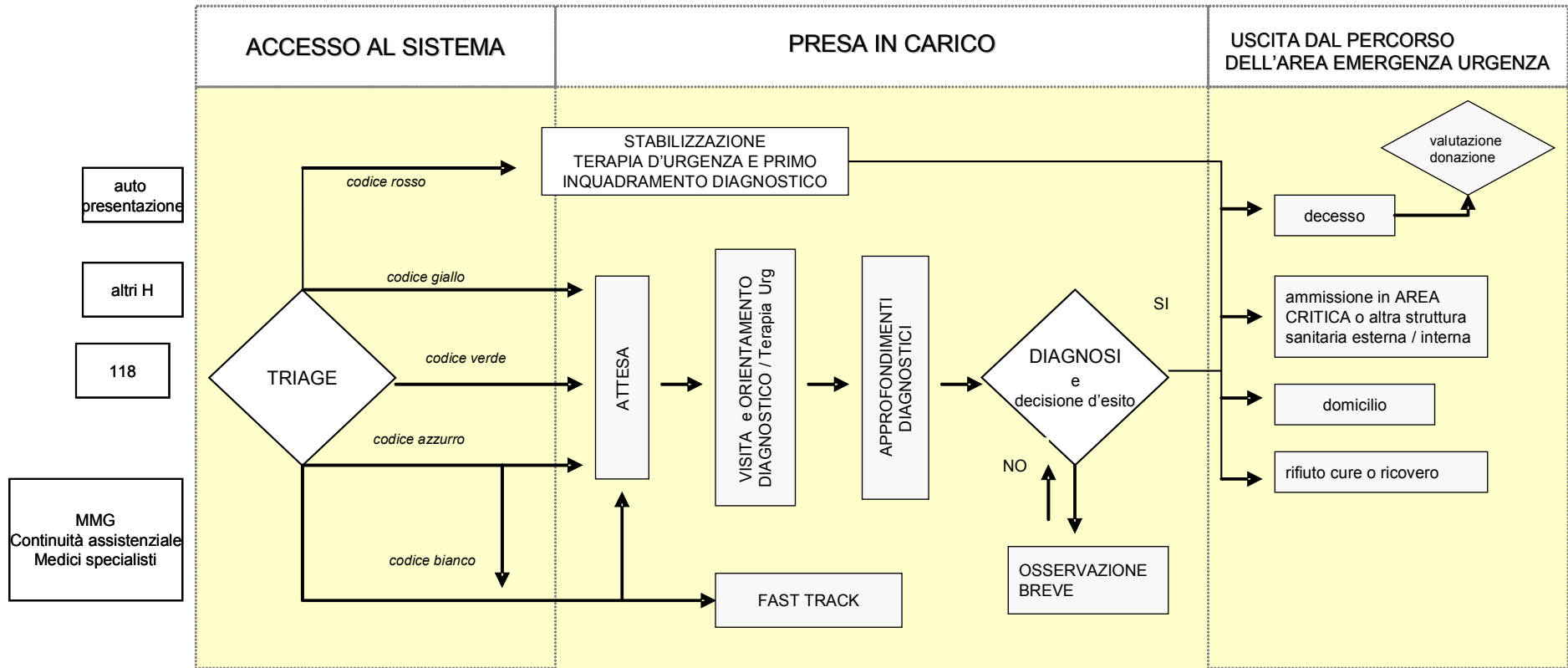


Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

<b>Percorso di Area Emergenza Urgenza</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	ERA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ERA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ERA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	ERA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	ERA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ERM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ERM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ERM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ERM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ERM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	ERM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	ERM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	ERM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	ERM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	ERM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

<b>Percorso di Area Emergenza Urgenza</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	ERM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ERM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ERM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ERM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili (Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ERM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ERM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ERM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>ER1. ACCESSO AL SISTEMA</b>	ER 1.1 E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi fra le diverse categorie di cittadini	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER1(M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER1(M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE



Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

<b>Percorso di Area Emergenza Urgenza</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	ER1(M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
<b>er 1.1 Triage</b>	ER 1.1.1 La comunicazione sui tempi e sulle modalità di attesa al PS è efficace	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER 1.1.2 Sono rispettati i tempi d'attesa in coerenza con il codice di priorità attribuito in triage	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ER1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche		
	ER1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>ER 2. PRESA IN CARICO</b>	ER2.1 Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto <i>nota: la struttura deve specificare i suoi percorsi di rete per valutare appropriatamente gli indicatori proposti</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER2(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER2(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER2(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER2(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER2(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER2(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

<b>Percorso di Area Emergenza Urgenza</b>		
<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
ER2(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ER2(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
ER2(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Formazione	MANAGEMENT
ER2(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Gestione dati	MANAGEMENT
ER2(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER2(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

<b>Percorso di Area Emergenza Urgenza</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	ER2(M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER2(M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER2(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER2(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER2(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>er 2.1 Attesa</b>	ER 2.1.1 Esiste un sistema per la rilevazione quali-quantitativa del tasso di abbandono dal PS	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>er 2.2 Visita e orientamento diagnostico / Terapia urgenza</b>			
<b>er2.3 Approfondimento diagnostico / Trattamento</b>	ER 2.3.1 L'approfondimento diagnostico e le consulenze sono gestiti efficacemente <i>nota : la struttura deve condividere la tempistica con le altre strutture interessate es. radiologia, laboratorio traumatologia</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER 2.3.2 Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>er 2.4 Stabilizzazione-Terapia d'urgenza e primo inquadramento diagnostico</b>	ER 2.4.1 Per le principali emergenze individuate ( es. ictus, infarto miocardico, trauma maggiore, arresto cardiaco rianimato...) è garantita la coerenza con Linee Guida validate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

<b>Percorso di Area Emergenza Urgenza</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	ER 2.4.2 Sono applicate le procedure per il turn over rapido del letto "sala rossa" <i>nota: il tempo è da valutare a seconda dell'organizzazione presente</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>ER 3. USCITA DAL PERCORSO DELL'AREA EMERGENZA URGENZA</b>	ER 3.1 La presa in carico del cittadino è efficace	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ER3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ER3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ER3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>er 3.1 Ammissione in area critica/ altra struttura interna o esterna</b>			
<b>er 3.2 Domicilio</b>			
<b>er 3.3 Rifiuto cure o ricovero</b>			
<b>er 3.4 Decesso</b>	ER.3.4.1 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

## Percorso di Area Emergenza Urgenza

### GENERALI AZIENDALI

<p><b>REQUISITO ERA1.*</b> Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p><b>INDICATORE</b> % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero impegni raggiunti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero impegni regionali</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 75%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO ERA2.</b> E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p><b>INDICATORE</b> Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 40 ore settimanali</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO ERA3.</b> Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p><b>INDICATORE</b> Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> <math>\sum (FLUi \times Wi)</math> FLUi indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> <math>\sum Wi</math> Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B8)</p>

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

nota: indicatore aziendale complessivo

<b>REQUISITO ERA4.</b> <i>E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</i>
<b>INDICATORE 1</b> <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di visite specialistiche totali esaminate</i>
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 2</b> <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di esami diagnostici totali esaminati</i>
<b>STANDARD BASE</b> 60 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso TAT

<b>REQUISITO ERA5.</b> <i>L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</i>
<b>INDICATORE 1</b> <i>Qualità del processo donazione di tessuto corneale</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero donatori di tessuto corneale</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero decessi &gt; = 5 anni e &lt; = 75 anni</i>
<b>STANDARD BASE</b> > = 5%

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT
<b>INDICATORE 2</b> Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts
<b>NUMERATORE</b> Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts
<b>DENOMINATORE</b> Numero decessi > = 4 anni e < = 75 anni
<b>STANDARD BASE</b> > = 2%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT

### REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

<b>REQUISITO ERM1.</b> I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
<b>INDICATORE</b> presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ERM2.</b> Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti (Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")
<b>NUMERATORE</b> Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
<b>DENOMINATORE</b> Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

<b>REQUISITO ERM3.</b>
------------------------

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>	
<b>NUMERATORE</b> Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno	
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno	
<b>STANDARD BASE</b>	35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno )	

<b>REQUISITO ERM4.</b> E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	
<b>INDICATORE</b> % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione <i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i>	
<b>NUMERATORE</b> Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione	
<b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione	
<b>STANDARD BASE</b>	90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale	

<b>REQUISITO ERM5.*</b> E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	
<b>INDICATORE</b> Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto	
<b>STANDARD BASE</b>	si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale	

<b>REQUISITO ERM6.</b>	
------------------------	--



**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
<b>INDICATORE 1</b> Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ERM7.</b> Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
<b>INDICATORE</b> % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno )

<b>REQUISITO ERM8.</b> Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
<b>INDICATORE 1</b> % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO ERM9.</b> Il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ” è diffuso agli operatori
<b>INDICATORE</b> % di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
<b>NUMERATORE</b> Numero di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

Totale operatori
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ERM10.</b> Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
<b>INDICATORE</b> Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ERM11.*</b> La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC )</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>NUMERATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 70% <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>REQUISITO ERM12.</b> Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 1</b> Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di lavaggio mani effettuate
<b>DENOMINATORE</b> Numero occasioni di lavaggio mani
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio del lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 2</b> Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi ( per ambulatori)
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> farmacia
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 4</b> <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO ERM13.</b> Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
<b>INDICATORE 1</b> Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio resistenze
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ERM14.</b> E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>
<b>INDICATORE</b>

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO ERM15.</b> Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti anziani ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
<b>NUMERATORE</b> Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
<b>DENOMINATORE</b> Cadute che esitano in un sinistro
<b>STANDARD BASE</b> >1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato</i> un audit
<b>NUMERATORE</b> Numero <i>di audit sulle</i> cadute con danno

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

<b>DENOMINATORE</b> Numero cadute con danno
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO ERM16.</b> I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
<b>INDICATORE</b> Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ERM17.</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
<b>INDICATORE</b> Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>NUMERATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

## ER1. Accesso al sistema

<b>REQUISITO ER 1.1</b> E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi fra le diverse categorie di cittadini
<b>INDICATORE</b>

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

rischio relativo della % di conoscenza del proprio codice colore al PS per titolo di studio <i>si fa riferimento ai pazienti con codice verde, azzurro e bianco</i>
<b>NUMERATORE</b> % conoscenza del proprio codice colore al PS per titolo di studio basso
<b>DENOMINATORE</b> % conoscenza del proprio codice colore al PS per titolo di studio alto
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

<b>REQUISITO ER1.1 (M18)</b> Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
<b>INDICATORE</b> % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio applicazione supporto braccialetto

<b>REQUISITO ER1.1 (M19)</b> L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

<b>REQUISITO ER1.1 (M20)</b> <i>spostato a livello aziendale: A4</i>
--



## ER1.1 Triage

<b>REQUISITO ER 1.1.1</b> La comunicazione sui tempi e sulle modalità di attesa al PS è efficace
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che conoscono il proprio codice colore <i>si fa riferimento ai pazienti con codice verde, azzurro e bianco</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti che conoscono il proprio codice colore
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti con codice colore attribuito
<b>STANDARD BASE</b> 40%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di procedura che prevede la stampa e consegna di un identificativo del codice colore attribuito a ciascun paziente
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ER 1.1.2</b> Sono rispettati i tempi d'attesa in coerenza con il codice di priorità attribuito al triage
<b>INDICATORE</b> % pazienti visitati in PS nei tempi coerenti con il codice attribuito al triage
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti visitati in PS nei tempi coerenti con il codice attribuito al triage
<b>DENOMINATORE</b> Numero visite in PS
<b>STANDARD BASE</b> miglioramento rispetto a sé stessi
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (C16)</i>

<b>REQUISITO ER1.1 (M21)</b> Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ER1.1 (M22)</b> E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO ER1.1 (M23)</b> Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

<b>REQUISITO ER1.1 (M24)</b> E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
<b>INDICATORE</b> Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

**ER2. Presa in carico**

<p><b>REQUISITO ER 2.1.</b>                  Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto  <i>nota: la struttura deve specificare i suoi percorsi di rete per valutare appropriatamente gli indicatori proposti</i></p>
<p><b>INDICATORE 1</b>                  % di lesioni cerebrali acute in PS per cui si effettua un consulto spoke-hub attraverso RISPACS</p>
<p><b>NUMERATORE</b>                  Numero di consulti spoke-hub attraverso RISPACS</p>
<p><b>DENOMINATORE</b>                  Numero lesioni cerebrali acute in PS</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistemi informativi aziendali RISPACS e software DEA</p>
<p><b>INDICATORE 2</b>                  % pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 o cartella PS)</p>
<p><b>NUMERATORE</b>                  Numero pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 o cartella PS)</p>
<p><b>DENOMINATORE</b>                  Numero pazienti trasferiti da spoke a hub</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 80%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 3</b>                  Presenza di una procedura per la gestione del paziente con danno cerebrale acuto coerente con le indicazioni regionali</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali</p>

<p><b>REQUISITO ER2. (M25)*</b>                  Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva</p>
<p><b>INDICATORE</b>                  % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p><b>NUMERATORE</b>                  Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti che sono stati intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri )

<b>REQUISITO ER2. (M26)*</b>
I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
<b>INDICATORE</b>
% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 85%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

<b>REQUISITO ER2. (M27)</b>
E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
<b>INDICATORE</b>
<i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC attestazione buona pratica

<b>REQUISITO ER2. (M28)</b>
Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
<b>INDICATORE 1</b>
% di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>NUMERATORE</b>
Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>DENOMINATORE</b>
Totale medici
<b>STANDARD BASE</b> 40%

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

<i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> formazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta dati (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri )
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri )
<b>REQUISITO ER2. (M29)</b> La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 75 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri )
<b>REQUISITO ER2. (M30)</b> L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 30%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>REQUISITO ER2. (M31)*</b> Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di audit svolti in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 2</b> Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b>

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Numero di M&M svolte in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
<b>NUMERATORE</b> Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
<b>DENOMINATORE</b> Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
<b>STANDARD BASE</b> <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>NUMERATORE</b> Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>DENOMINATORE</b> Numero eventi sentinella totale
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 5</b> % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>NUMERATORE</b> Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>REQUISITO ER2. (M32)</b>

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> <i>% di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente</i>
<b>STANDARD BASE</b> 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>% di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero operatori sanitari</i>
<b>STANDARD BASE</b> 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO ER2. (M33)</b> Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
<b>INDICATORE</b> Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale e Centro GRC per sinistri
<b>REQUISITO ER2. (M34)</b> E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
<b>INDICATORE</b> <i>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)</i>



**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

<b>NUMERATORE</b>
Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C5.1)

<b>REQUISITO ER2. (M35)</b>
I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
<b>INDICATORE 1</b>
% pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti)

<b>INDICATORE 2</b>
% di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare <i>( per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?")</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile )

<b>REQUISITO ER2. (M36)*</b>
Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
<b>INDICATORE</b>
% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

<p>farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)</p> <p><i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche</p>

<p><b>REQUISITO ER2. (M37)</b></p> <p>I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali</p>

<p><b>REQUISITO ER2. (M38)</b></p> <p><i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i></p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero schede MEWS correttamente compilate</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i></p>
<p><b>INDICATORE 3</b> <i>abrogato</i></p>
<p><b>INDICATORE 4</b></p>

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

<i>% mortalità nei DRG a bassa mortalità</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2)</i>
<b>INDICATORE 5</b> <i>% pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt;</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO ER2. (M39)</b> Esiste un sistema di gestione del dolore
<b>INDICATORE 1</b> Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
<b>NUMERATORE</b> Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti; <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

<p><b>INDICATORE 3</b> <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> <i>si</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali</p>
<p><b>INDICATORE 4</b> <i>abrogato</i></p>
<p><b>INDICATORE 5</b> % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> <i>80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri )</i></p>
<p><b>REQUISITO ER2. (M40)*</b> Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc</p>
<p><b>INDICATORE</b> % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche</p>
<p><b>REQUISITO ER2. (M41)</b> Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura</p>

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

<b>INDICATORE</b>
% di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

<b>REQUISITO ER2. (M42)*</b>
L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
<b>INDICATORE 1</b>
Evidenza della diffusione del report
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b>
Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>NUMERATORE</b>
Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>DENOMINATORE</b>
Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

<b>REQUISITO ER2. (M43)</b>
L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
<b>INDICATORE 1</b>
Per ogni CVC posizionato:
a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica);
b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni da CVC
<b>DENOMINATORE</b> Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
<b>STANDARD BASE</b> coerente con dati di letteratura internazionale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno del tasso di infezioni

<b>REQUISITO ER2. (M44)</b> Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
<b>INDICATORE 1</b> L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>

<b>REQUISITO ER2. (M45)</b> Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
<b>INDICATORE</b> % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

<b>REQUISITO ER2. (M46)</b>
-----------------------------

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
<b>INDICATORE</b> % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio nutrizionale
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO ER2. (M47)*</b> Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>INDICATORE 2</b> % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>INDICATORE 3</b> Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

### **ER2.1 Attesa**

<b>REQUISITO ER 2.1.1</b>
---------------------------

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

Esiste un sistema per la rilevazione quali-quantitativa del tasso di abbandono dal PS
<b>INDICATORE</b> Presenza di report mensili con la rilevazione quali-quantitativa del tasso di abbandono dal PS
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali,

### **ER2.3 Approfondimento diagnostico/trattamento**

<b>REQUISITO ER 2.3.1</b> L'approfondimento diagnostico e le consulenze sono gestiti efficacemente <i>nota : la struttura deve condividere la tempistica con le altre strutture interessate es. radiologia, laboratorio traumatologia</i>
<b>INDICATORE</b> % di pazienti il cui iter diagnostico rispetta il Turn Around Time concordato
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti il cui iter diagnostico rispetta il Turn Around Time concordato
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti iter diagnostico
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO ER 2.3.2</b> Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto
<b>INDICATORE 1</b> % di consulti spoke- hub attraverso rispacs
<b>NUMERATORE</b> Numero di consulti spoke- hub attraverso RISPACS
<b>DENOMINATORE</b> Totale delle lesioni cerebrali acute in PS
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati sistemi informativi aziendali RISPACS e software DEA
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 e/o cartella PS)
<b>NUMERATORE</b>



**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

Numero di pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 e/o cartella PS)
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti trasferiti
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> Presenza di una procedura per la gestione del paziente con danno cerebrale acuto coerente con le indicazioni regionali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione aziendale

#### **ER2.4 Stabilizzazione – Terapia d’urgenza e primo inquadramento diagnostico**

<b>REQUISITO ER 2.4.1</b> Per le principali emergenze individuate ( es. ictus, infarto miocardico, trauma maggiore, arresto cardiaco rianimato...) è garantita la coerenza con Linee Guida validate
<b>INDICATORE</b> % pazienti il cui trattamento, per ogni singola emergenza individuata, rispetta le Linee Guida
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti il cui trattamento, per ogni singola emergenza individuata, rispetta le Linee Guida
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti trattati per ogni singola emergenza individuata
<b>STANDARD BASE</b> 80% degli indicatori stabiliti
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso regionale RFC 106;

<b>REQUISITO ER 2.4.2</b> <i>Sono applicate le procedure per il turn over rapido del letto "sala rossa"</i> <i>nota: il tempo è da valutare a seconda dell'organizzazione presente</i>
<b>INDICATORE</b> <i>% pazienti stazionati in "sala rossa" per max 90 minuti</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di pazienti stazionati in "sala rossa" per max 90 minuti</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti stazionati in "sala rossa"</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%

**TIPOLOGIA FONTE** monitoraggio interno

### ER3. Uscita dal percorso dell'area emergenza urgenza

<b>REQUISITO ER 3.1</b> La presa in carico del cittadino è efficace
<b>INDICATORE</b> % pazienti con reingresso in PS entro 48 ore <i>per lo stesso motivo di salute del primo accesso</i> rispetto a quelli dimessi a domicilio
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti con reingresso in PS entro 48 ore <i>per lo stesso motivo di salute del primo accesso</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti dimessi dal PS a domicilio
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso regionale RFC 106

<b>REQUISITO ER 3. (M48)</b> Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri )

<b>REQUISITO ER 3. (M49)*</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
<b>INDICATORE 1</b> Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione aziendale

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

<b>INDICATORE 2</b> % ricoveri maggiori di 30 giorni
<b>NUMERATORE</b> Numero dimessi con degenza > 30gg
<b>DENOMINATORE</b> Numero dimessi
<b>STANDARD BASE</b> < 1,5 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C8a.1)
<b>INDICATORE 3</b> % di dimissioni con attivazione ADI <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dimissioni con attivazione ADI
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dimissioni
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>REQUISITO ER 3. (M50)</b> Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

<b>REQUISITO ER 3. (M51)*</b> Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
<b>INDICATORE</b> %di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale lettere di dimissioni
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO ER 3. (M52)</b> La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 4</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance

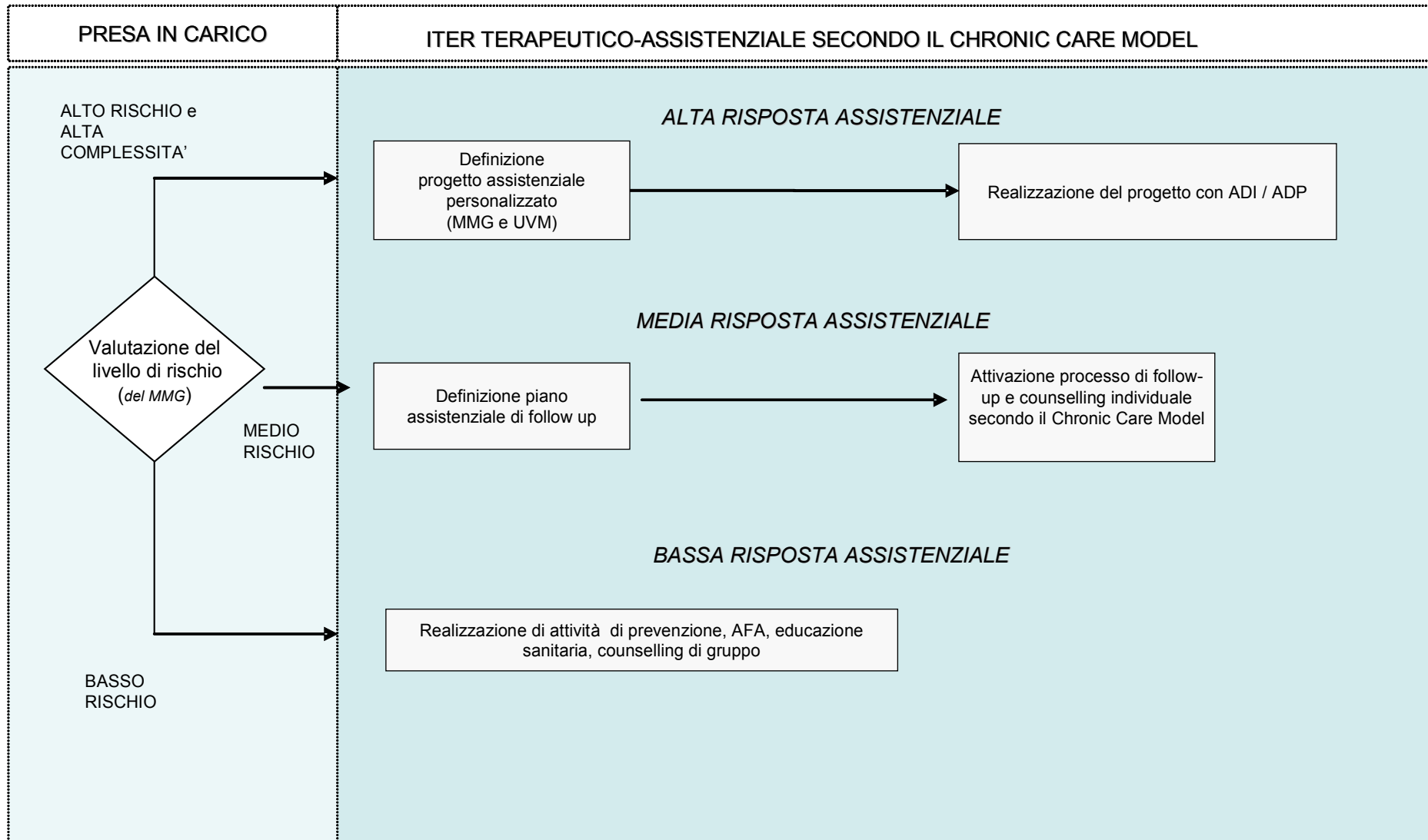
#### **ER3.4. Decesso**

<b>REQUISITO ER.3.4.1</b> L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi
<b>INDICATORE 1</b> % morti encefaliche individuate
<b>NUMERATORE</b> Numero morti encefaliche
<b>DENOMINATORE</b> Numero decessi con lesioni cerebrali nelle UTI
<b>STANDARD BASE</b> >50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT - sistema di valutazione delle performance (B6.1.1)
<b>INDICATORE 2</b> % donatori effettivi di organi

**Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza**

<b>NUMERATORE</b> Numero donatori effettivi
<b>DENOMINATORE</b> Numero morti encefaliche
<b>STANDARD BASE</b> >49%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT - sistema di valutazione delle performance (B6.1.2)

Tabella n. 10 diagramma di flusso area cure primarie



### Percorso di Area Cure Primarie

REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
CPA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CPA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
CPA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
CPA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CPM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CPM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CPM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CPM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CPM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
CPM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
CPM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficaci	Formazione	MANAGEMENT
CPM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
CPM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
CPM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
CPM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CPM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CPM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili (Sono definiti pazienti fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CPM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CPM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE



Percorso di Area Cure Primarie			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	CPM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
CP1. PRESA IN CARICO	CP1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CP1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
	CP1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CP1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CP1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CP2. ITER TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE SECONDO IL CHRONIC CARE MODEL	CP2.1 L'unità funzionale attiva, mantiene e sviluppa i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali dei pazienti cronici in coerenza con le priorità indicate dalla programmazione regionale ( <i>si fa riferimento alla revisione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali</i> )	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	CP 2.2 L'unità funzionale garantisce l'attuazione efficace della sanità d'iniziativa attraverso il monitoraggio e la valutazione dei moduli attivati ( <i>si fa riferimento agli indicatori di processo dei moduli della sanità di iniziativa</i> )	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CP 2.3 L'unità funzionale garantisce una gestione efficace dell'ADI <i>in dimissione dall'ospedale</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CP 2.4 L'unità funzionale garantisce la progettualità dell'intervento ADI	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CP 2.5 L'unità funzionale attua programmi di prevenzione del rischio tramite Programmi AFA ed altri programmi di educazione alla salute	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CP2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CP2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CP2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CP2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CP2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	CP2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	CP2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT

Percorso di Area Cure Primarie		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
CP2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
CP2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>cp 2.1 Alta risposta assistenziale</b>		
<b>cp 2.2 Media risposta assistenziale</b>		
<b>cp 2.3 Bassa risposta assistenziale</b>		

## Percorso di Area cure primarie

### GENERALI AZIENDALI

<p><b>REQUISITO CPA1.*</b> Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p><b>INDICATORE</b> % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero impegni raggiunti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero impegni regionali</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 75%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO CPA2.</b> E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p><b>INDICATORE</b> Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 40 ore settimanali</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO CPA3.</b> Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p><b>INDICATORE</b> Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> <math>\sum (FLUi \times Wi)</math> FLUi indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> <math>\sum Wi</math> Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B8)</p>

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

nota: indicatore aziendale complessivo

<p><b>REQUISITO CPA4.</b>  <i>E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</i></p>
<p><b>INDICATORE 1</b>  <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>  <i>Numero di visite specialistiche totali esaminate</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance</p>
<p><b>INDICATORE 2</b>  <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>  <i>Numero di esami diagnostici totali esaminati</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 60 %</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso TAT</p>

<p><b>REQUISITO CPA5.</b>  <i>L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</i></p>
<p><b>INDICATORE 1</b>  <i>Qualità del processo donazione di tessuto corneale</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b>  <i>Numero donatori di tessuto corneale</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b>  <i>Numero decessi &gt; = 5 anni e &lt; = 75 anni</i></p>

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

<b>STANDARD BASE</b> > = 5%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT
<b>INDICATORE 2</b> <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero decessi &gt; = 4 anni e &lt; = 75 anni</i>
<b>STANDARD BASE</b> > = 2%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT

## REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

<b>REQUISITO CPM1.</b> I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
<b>INDICATORE</b> Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO CPM2.</b> Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
<b>DENOMINATORE</b> Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

**Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie**

<b>REQUISITO CPM3.</b>	
Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	
<b>INDICATORE</b>	
% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>	
<b>NUMERATORE</b>	
Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno	
<b>DENOMINATORE</b>	
Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno	
<b>STANDARD BASE</b>	35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)	

<b>REQUISITO CPM4.</b>	
E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	
<b>INDICATORE</b>	
% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione <i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i>	
<b>NUMERATORE</b>	
Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione	
<b>DENOMINATORE</b>	
Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione	
<b>STANDARD BASE</b>	90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale	

<b>REQUISITO CPM5.*</b>	
E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	
<b>INDICATORE</b>	
Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto	
<b>STANDARD BASE</b>	si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale	

**Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie**

<b>REQUISITO CPM6.</b> L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
<b>INDICATORE 1</b> Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO CPM7.</b> Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
<b>INDICATORE</b> % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

<b>REQUISITO CPM8.</b> Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
<b>INDICATORE 1</b> % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO CPM9.</b> Il <i>"Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza"</i> è diffuso agli operatori
<b>INDICATORE</b> % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
<b>NUMERATORE</b> Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
<b>DENOMINATORE</b>



**Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie**

Totale operatori
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO CPM10.</b> Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
<b>INDICATORE</b> Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO CPM11.*</b> La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC )</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>NUMERATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale</p>
<p><b>REQUISITO CPM12.</b> Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani</p>
<p><b>INDICATORE 1</b> Compliance lavaggio mani operatori</p> <p><i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nel quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di lavaggio mani effettuate</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero occasioni di lavaggio mani</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio del lavaggio delle mani</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi ( per ambulatori)</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> farmacia</p>
<p><b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</p>

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance
<b>INDICATORE 4</b> <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

<b>REQUISITO CPM13.</b> Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
<b>INDICATORE 1</b> Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio resistenze
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO CPM14.</b> E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>
<b>INDICATORE</b> Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
<b>STANDARD BASE</b> si

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO CPM15.</b> Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti anziani ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
<b>NUMERATORE</b> Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
<b>DENOMINATORE</b> Cadute che esitano in un sinistro
<b>STANDARD BASE</b> >1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato un audit</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero <i>di audit sulle</i> cadute con danno
<b>DENOMINATORE</b> Numero cadute con danno

**Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie**

<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO CPM16.</b> I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
<b>INDICATORE</b> Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO CPM17.</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
<b>INDICATORE</b> Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>NUMERATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

**CP1. Presa in carico**

<b>REQUISITO CP1. (M18)</b> Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
<b>INDICATORE</b> % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

regionale
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio applicazione supporto braccialetto

**REQUISITO CP1. (M20)** *spostato a livello aziendale: A4*

<b>REQUISITO CP1.1 (M21)</b> Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO CP1.1 (M22)</b> E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO CP1.1 (M23)</b> Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>DENOMINATORE</b>

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

Numero di pazienti che sono stati intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

## CP2. Iter terapeutico-assistenziale secondo il chronic care model

<p><b>REQUISITO CP2.1</b></p> <p>L'unità funzionale attiva, mantiene e sviluppa i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali dei pazienti cronici in coerenza con le priorità indicate dalla programmazione regionale</p> <p><i>(si fa riferimento alla revisione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali)</i></p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Rispetto degli indicatori individuati a livello regionale</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio regionale</p>

<p><b>REQUISITO CP 2.2</b></p> <p>L'unità funzionale garantisce l'attuazione efficace della sanità d'iniziativa attraverso il monitoraggio e la valutazione dei moduli attivati</p> <p><i>(si fa riferimento agli indicatori di processo dei moduli della sanità di iniziativa)</i></p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Rispetto degli indicatori individuati a livello regionale</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio regionale</p>

<p><b>REQUISITO CP 2.3</b></p> <p>L'unità funzionale garantisce una gestione efficace dell'ADI <i>in dimissione dall'ospedale</i></p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% delle ADI <i>in dimissione dall'ospedale</i> attivate nel tempo predeterminato dall'Azienda</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero delle ADI attivate nel tempo predeterminato dall'Azienda</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero totale dimessi per cui è stata attivata l'ADI</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70% rispetto alla media regionale</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno</p>

<p><b>REQUISITO CP 2.4</b></p>
--------------------------------

**Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie**

L'unità funzionale garantisce la progettualità dell'intervento ADI	
<b>INDICATORE</b> % progetti di pazienti in carico ADI	
<b>NUMERATORE</b> Numero progetti di pazienti in carico ADI	
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti in carico ADI	
<b>STANDARD BASE</b>	80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno	

<b>REQUISITO CP 2.5</b> L'unità funzionale attua programmi di prevenzione del rischio tramite Programmi AFA ed altri programmi di educazione alla salute	
<b>INDICATORE 1</b> Grado di diffusione dei programmi AFA a bassa disabilità tra i residenti >= 65 anni	
<b>NUMERATORE</b> Numero programmi AFA a bassa disabilità attivi alla data di rilevazione	
<b>DENOMINATORE</b> Popolazione residente >= 65 anni	
<b>STANDARD BASE</b>	1 corso attivo ogni 1.000 residenti >= 65 anni
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione performance (B22)</i>	
<b>INDICATORE 2</b> Grado di diffusione dei programmi AFA ad alta disabilità tra i residenti >= 65 anni	
<b>NUMERATORE</b> Numero programmi AFA ad alta disabilità attivi alla data di rilevazione	
<b>DENOMINATORE</b> Popolazione residente >= 65 anni	
<b>STANDARD BASE</b>	almeno 1 corso attivato ogni 15.000 residenti >= 65 anni all'anno
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione performance (B22)</i>	

<b>REQUISITO CP2. (M25)*</b> Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva	
---	--



**Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie**

<b>INDICATORE</b>
% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

<b>REQUISITO CP2. (M26)*</b>
I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
<b>INDICATORE</b>
% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 85%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

<b>REQUISITO CP2. (M27)</b>
E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
<b>INDICATORE</b>
<i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC attestazione buona pratica

<b>REQUISITO CP2. (M28)</b>
Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
<b>INDICATORE 1</b>
% di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Totale medici</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 40%</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> formazione aziendale</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>% di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Totale dei pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</p>
<p><b>INDICATORE 3</b></p> <p>% di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Totale dei pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri )</p>
<p><b>REQUISITO CP2. (M29)</b></p> <p>La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

<b>STANDARD BASE</b> 75 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>REQUISITO CP2. (M31)*</b> Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di audit svolti in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 2</b> Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di M&M svolte in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
<b>NUMERATORE</b> Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
<b>DENOMINATORE</b> Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
<b>STANDARD BASE</b> <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>NUMERATORE</b> Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>DENOMINATORE</b> Numero eventi sentinella totale
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 5</b> % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>NUMERATORE</b> Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>REQUISITO CP2. (M32)</b> Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
<b>STANDARD BASE</b> 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie**

<i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero operatori sanitari</i>
<b>STANDARD BASE 50 %</b> <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i>

<b>REQUISITO CP2. (M33)</b> Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
<b>INDICATORE</b> Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale e centro GRC per sinistri

<b>REQUISITO CP2. (M34)</b> E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
<b>INDICATORE</b> % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C5.1)

<b>REQUISITO CP2. (M35)</b> I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie**

Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materni-Infantile; report indagine Distretti)

<b>REQUISITO CP2. (M36)*</b> Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
<b>INDICATORE</b> % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)  <i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i>

<b>REQUISITO CP2. (M37)</b> I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
<b>INDICATORE</b> Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO CP2. (M41)</b> Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
---

**Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie**

<b>INDICATORE</b>
% di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

<b>REQUISITO CP2. (M42)*</b>
L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
<b>INDICATORE 1</b>
Evidenza della diffusione del report
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b>
Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>NUMERATORE</b>
Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>DENOMINATORE</b>
Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

<b>REQUISITO CP2. (M44)</b>
Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
<b>INDICATORE 1</b>
L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
<b>STANDARD BASE</b> si

**Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>



Tabella n. 11 diagramma di flusso area riabilitazione

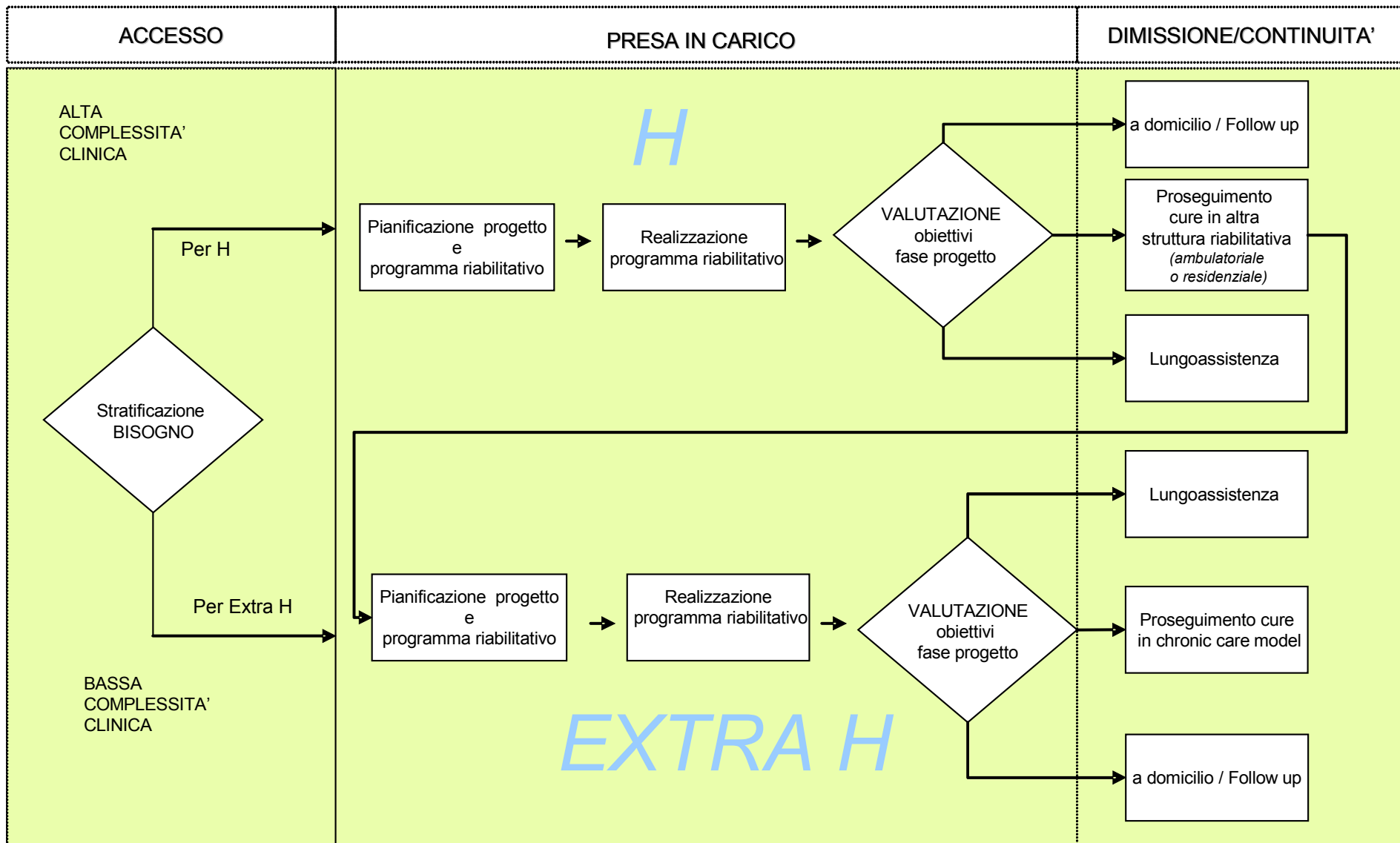


Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

Percorso di Area riabilitazione			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	RIABA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIABA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIABA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	RIABA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	RIABA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIABM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIABM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIABM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIABM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIABM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	RIABM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	RIABM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	RIABM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	RIABM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	RIABM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
	RIABM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

<b>Percorso di Area riabilitazione</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	RIABM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIABM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIABM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIABM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIABM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	RIABM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>RIAB1. ACCESSO AL SISTEMA</b>	RIAB1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	RIAB1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
	RIAB1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

<b>Percorso di Area riabilitazione</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	RIAB1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>riab 1.1 Stratificazione del bisogno per H</b>	RIAB 1.1 L'organizzazione attua una stratificazione del bisogno appropriata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
<b>riab 1.2 Stratificazione del bisogno per extra H</b>	RIAB 1.2 L'organizzazione attua una stratificazione del bisogno appropriata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
<b>RIAB2.PRESA IN CARICO</b>	RIAB2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	RIAB2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	RIAB2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
	RIAB2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

Percorso di Area riabilitazione		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
RIAB2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB2. (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

<b>Percorso di Area riabilitazione</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
riab 2.1 Presa in carico H			

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

<b>Percorso di Area riabilitazione</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
<b>riab 2.1.1 Pianificazione progetto e programma riabilitativo in H</b>	RIAB 2.1.1.1 l'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB 2.1.1.2 Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbilità e l'instabilità dei parametri vitali	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>riab 2.1.2 Realizzazione programma riabilitativo in H</b>	RIAB 2.1.2.1 l'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB 2.1.2.2 Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbilità e l'instabilità dei parametri vitali	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>riab 2.1.3 Valutazione obiettivi fase progetto in H</b>	RIAB 2.1.3.1 l'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB 2.1.3.2 Il programma riabilitativo attuato è efficace	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>riab2.2 Presa in carico extra H</b>			
<b>riab 2.2.1 Pianificazione progetto e programma riabilitativo extra H</b>	RIAB 2.2.1.1 l'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
<b>riab 2.2.2 Realizzazione programma riabilitativo extra H</b>			
<b>riab 2.2.3 Valutazione obiettivi fase progetto extra H</b>	RIAB 2.2.3.1 Il programma riabilitativo attuato è efficace	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>RIAB3. DIMISSIONI/ CONTINUITA'</b>	RIAB3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB3. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

<b>Percorso di Area riabilitazione</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	RIAB3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	RIAB3. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	RIAB 3. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>riab3.1 Lungo-assistenza</b>	RIAB 3.1.1 E' garantita la gestione del passaggio alla fase di lungoassistenza	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
<b>riab3.2 Dimissione a domicilio e follow up</b>			
<b>riab3.3 Proseguimento cure in altra struttura riabilitativa (da H a struttura ambulatoriale o residenziale)</b>	RIAB 3.3.1 Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbidità e l'instabilità dei parametri vitali	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>riab3.4 Proseguimento cure in chronic care model (da struttura extra H a percorso cure primarie)</b>			



## Percorso di Area riabilitazione

### GENERALI AZIENDALI

<p><b>REQUISITO RIABA1.*</b> Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p><b>INDICATORE</b> % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero impegni raggiunti</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero impegni regionali</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 75%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO RIABA2.</b> E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p><b>INDICATORE</b> Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 40 ore settimanali</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p><b>REQUISITO RIABA3.</b> Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p><b>INDICATORE</b> Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b> <math>\sum (FLU_i \times W_i)</math> FLU<sub>i</sub> indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W<sub>i</sub> indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> <math>\sum W_i</math> W<sub>i</sub> indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance (B8) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

nota: indicatore aziendale complessivo

**REQUISITO RIABA4.**

*E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)*

**INDICATORE 1**

*% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni*

**NUMERATORE**

*Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali*

**DENOMINATORE**

*Numero di visite specialistiche totali esaminate*

**STANDARD BASE** 70%

**TIPOLOGIA FONTE** sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

**INDICATORE 2**

*% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni*

**NUMERATORE**

*Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali*

**DENOMINATORE**

*Numero di esami diagnostici totali esaminati*

**STANDARD BASE** 60%

**TIPOLOGIA FONTE** flusso TAT

**REQUISITO RIABA5.**

*L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee*

**INDICATORE 1**

*Qualità del processo donazione di tessuto corneale*

**NUMERATORE**

*Numero donatori di tessuto corneale*

**DENOMINATORE**

*Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni*

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

<b>STANDARD BASE</b> > = 5%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT
<b>INDICATORE 2</b> <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero decessi &gt; = 4 anni e &lt; = 75 anni</i>
<b>STANDARD BASE</b> > = 2%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> dati OTT

## REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

<b>REQUISITO RIABM1.</b> I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
<b>INDICATORE</b> Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO RIABM2.</b> Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
<b>DENOMINATORE</b> Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

<p><b>REQUISITO RIABM3.</b></p> <p>Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p> <p><i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p><b>STANDARD BASE</b>     35%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p><b>REQUISITO RIABM4.</b></p> <p>E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p> <p><i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>STANDARD BASE</b>     90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>

<p><b>REQUISITO RIABM5.*</b></p> <p>E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

<p><b>REQUISITO RIABM6.</b></p> <p>L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>

<p><b>REQUISITO RIABM7.</b></p> <p>Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative (<i>Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo"</i>)</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 35%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p><b>REQUISITO RIABM8.</b></p> <p>Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero schede compilate per ogni nuovo assunto</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p>

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>REQUISITO RIABM9.</b> Il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i> è diffuso agli operatori
<b>INDICATORE</b> % di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
<b>NUMERATORE</b>

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale operatori
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO RIABM10.</b> Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
<b>INDICATORE</b> Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO RIABM11.*</b> La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC )</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>NUMERATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

<b>DENOMINATORE</b>
Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale

<b>REQUISITO RIABM12.</b>
Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 1</b>
Compliance lavaggio mani operatori
<i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
<b>NUMERATORE</b>
Numero di lavaggio mani effettuate
<b>DENOMINATORE</b>
Numero occasioni di lavaggio mani
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio del lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 2</b>
Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b>
Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b>
Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi ( per ambulatori)
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> farmacia
<b>INDICATORE 3</b>
% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b>



**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b> <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO RIABM13.</b> Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
<b>INDICATORE 1</b> Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio resistenze
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO RIABM14.</b> E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>
<b>INDICATORE</b>

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>REQUISITO RIABM15.</b> Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti anziani ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
<b>NUMERATORE</b> Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
<b>DENOMINATORE</b> Cadute che esitano in un sinistro
<b>STANDARD BASE</b> >1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato</i> un audit
<b>NUMERATORE</b>

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

Numero di <i>audit sulle cadute con danno</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero cadute con danno
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

<b>REQUISITO RIABM16.</b> I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
<b>INDICATORE</b> Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO RIABM17.</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
<b>INDICATORE</b> Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>NUMERATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
<b>DENOMINATORE</b> Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

**RIAB1. Accesso al sistema**

<b>REQUISITO RIAB1. (M18)</b> Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
<b>INDICATORE</b>

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

% di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio applicazione supporto braccialetto

<b>REQUISITO RIAB1. (M19)</b> L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO RIAB1. (M20)</b> <i>spostato a livello aziendale: A4</i>
---

<b>REQUISITO RIAB1. (M21)</b> Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO RIAB1. (M22)</b> E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
<b>INDICATORE</b>

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO RIAB1. (M23)</b> Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO RIAB1. (M24)</b> E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
<b>INDICATORE</b> Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

### **RIAB1.1 Stratificazione del bisogno per H**

<b>REQUISITO RIAB 1.1</b> L'organizzazione attua una stratificazione del bisogno appropriata
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti in carico
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso SDO, revisione cartelle
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti con comorbidità
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti con comorbidità
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti in carico
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso SDO, revisione cartelle
<b>INDICATORE 3</b> % pazienti ammessi in continuità dall'ospedale
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti ammessi in continuità dall'ospedale
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti in carico
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso SDO, revisione cartelle

### RIAB1.2 Stratificazione del bisogno per extra H

<b>REQUISITO RIAB 1.2</b> L'organizzazione attua una stratificazione del bisogno appropriata
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti in carico
<b>STANDARD BASE</b> 90%

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso SPR e SDO, revisione cartelle
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti con reingresso <i>in ospedale</i> tramite PS <i>entro 30 giorni</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti con reingresso <i>in ospedale</i> tramite PS <i>entro 30 giorni</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti in carico
<b>STANDARD BASE</b> 10% <i>(non applicabile alle organizzazioni che operano per la disabilità neuropsichica)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso SPR e SDO, revisione cartelle
<b>INDICATORE 3</b> % pazienti a bassa complessità clinica ammessi direttamente <i>dal</i> reparto per acuti
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti a bassa complessità clinica ammessi direttamente <i>dal</i> reparto per acuti
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ammessi
<b>STANDARD BASE</b> > 50% per le strutture residenziali (D1.1) > 25% per le strutture ambulatoriali (B2.1) <i>(non applicabile alle organizzazioni che operano per la disabilità neuropsichica)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso SPR e SDO, revisione cartelle

## **RIAB2. Presa in carico**

<b>REQUISITO RIAB2. (M25)*</b> Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80%

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO RIAB2. (M26)*</b></p> <p>I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 85%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>REQUISITO RIAB2. (M27)</b></p> <p>E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p><i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC attestazione buona pratica</p>
<p><b>REQUISITO RIAB2. (M28)</b></p> <p>Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Totale medici</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 40%</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i></p>



**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> formazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO RIAB2. (M29)</b> La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 75 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO RIAB2. (M30)</b> L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
---

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

<b>per strutture ospedaliere pubbliche</b>	
<b>INDICATORE 1</b>	% di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>NUMERATORE</b>	Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
<b>DENOMINATORE</b>	Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b>	30%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>INDICATORE 2</b>	% pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b>	Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b>	Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b>	raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
<b>per casa di cura:</b>	
<b>INDICATORE 1</b>	% di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b>	Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b>	Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b>	50%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	<i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>REQUISITO RIAB2. (M31)*</b>	
Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	
<b>INDICATORE 1</b>	Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

<b>NUMERATORE</b> Numero di audit svolti in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 2</b> Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di M&M svolte in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
<b>NUMERATORE</b> Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
<b>DENOMINATORE</b> Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
<b>STANDARD BASE</b> <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>NUMERATORE</b> Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
<b>DENOMINATORE</b> Numero eventi sentinella totale
<b>STANDARD BASE</b> 90%

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 5</b> % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>NUMERATORE</b> Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>

<b>REQUISITO RIAB2. (M32)</b> Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
<b>STANDARD BASE</b> 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
<b>NUMERATORE</b> Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
<b>DENOMINATORE</b> Numero operatori sanitari
<b>STANDARD BASE</b> 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

<b>REQUISITO RIAB2. (M33)</b>
-------------------------------

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
<b>INDICATORE</b> Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale e Centro GRC per sinistri

<b>REQUISITO RIAB2. (M34)</b> E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
<b>INDICATORE</b> % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C5.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO RIAB2. (M36)*</b> Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
<b>INDICATORE</b> % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)  <i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
<b>STANDARD BASE</b> 70%

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i></p>
<p><b>REQUISITO RIAB2. (M37)</b> I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati</p>
<p><b>INDICATORE</b> Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali</p>
<p><b>REQUISITO RIAB2. (M38)</b> <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i></p>
<p><b>INDICATORE 1</b> % di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero schede MEWS correttamente compilate</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 70%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche</p>
<p><b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i></p>
<p><b>INDICATORE 3</b> <i>abrogato</i></p>
<p><b>INDICATORE 4</b> % mortalità nei DRG a bassa mortalità</p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i></p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i></p>
<p><b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p><b>INDICATORE 5</b></p>

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

<i>% pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt;</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO RIAB2. (M39)</b> Esiste un sistema di gestione del dolore
<b>INDICATORE 1</b> Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
<b>NUMERATORE</b> Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti; <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>si</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali
<b>INDICATORE 4</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 5</b>

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

% pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

<b>REQUISITO RIAB2. (M40)*</b> Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
<b>INDICATORE</b> % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO RIAB2. (M41)</b> Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
<b>INDICATORE</b> % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati



**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO RIAB2. (M42)*</b> L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
<b>INDICATORE 1</b> Evidenza della diffusione del report
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle revisionate
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

<b>REQUISITO RIAB2. (M43)</b> L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
<b>INDICATORE 1</b> Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni da CVC
<b>DENOMINATORE</b> Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
<b>STANDARD BASE</b> coerente con dati di letteratura internazionale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno del tasso di infezioni

<b>REQUISITO RIAB2. (M44)</b> Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
<b>INDICATORE 1</b> L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
<b>STANDARD BASE</b> sì
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>

<b>REQUISITO RIAB2. (M45)</b> Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
<b>INDICATORE</b> % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti a rischio
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

<b>REQUISITO RIAB2. (M46)</b> Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
<b>INDICATORE</b> % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

Numero di pazienti a rischio nutrizionale
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO RIAB2. (M47)*</b> Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
<b>INDICATORE 1</b> Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche
<b>INDICATORE 3</b> Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale

## **RIAB2.1 Presa in carico H**

### **RIAB2.1.1 Pianificazione progetto e programma riabilitativo in H**

<b>REQUISITO RIAB 2.1.1.1</b> L'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati
<b>INDICATORE</b> Sono in uso sistemi di classificazione e valutazione validati
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

<b>REQUISITO RIAB 2.1.1.2</b>
Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbilità e l'instabilità dei parametri vitali
<b>INDICATORE 1</b>
% pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg
<b>NUMERATORE</b>
Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg
<b>DENOMINATORE</b>
Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo
<b>STANDARD BASE</b> 10%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b>
Tempo di attesa medio tra la dimissione dalla UO acuti e l'ammissione in struttura residenziale
<b>NUMERATORE</b>
Somma dei tempi di attesa tra la dimissione dalla UO acuti e l'ammissione in struttura residenziale per i pazienti che sono ammessi in struttura residenziale
<b>DENOMINATORE</b>
Numero pazienti che sono ammessi in struttura residenziale
<b>STANDARD BASE</b> 1 gg
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

### **RIAB2.1.2 Realizzazione programma riabilitativo in H**

<b>REQUISITO RIAB 2.1.2.1</b>
L'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati
<b>INDICATORE</b>
Sono in uso sistemi di classificazione e valutazione validati
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO RIAB 2.1.2.2</b>
Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbilità e l'instabilità dei parametri vitali
<b>INDICATORE 1</b>

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

% pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo
<b>STANDARD BASE</b> 10%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> Tempo di attesa medio tra la dimissione dalla UO acuti e l'ammissione in struttura residenziale
<b>NUMERATORE</b> Somma dei tempi di attesa tra la dimissione dalla UO acuti e l'ammissione in struttura residenziale per i pazienti che sono ammessi in struttura residenziale
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti che sono ammessi in struttura residenziale
<b>STANDARD BASE</b> 1 gg
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

### **RIAB2.1.3 Valutazione obiettivi fase progetto in H**

<b>REQUISITO RIAB 2.1.3.1</b> L'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati
<b>INDICATORE</b> Sono in uso sistemi di classificazione e valutazione validati
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

<b>REQUISITO RIAB 2.1.3.2</b> Il programma riabilitativo attuato è efficace
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo
<b>DENOMINATORE</b>

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero pazienti con progetto riabilitativo
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti a cui viene fatta la valutazione clinica funzionale all'ingresso e all'uscita
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti a cui viene fatta la valutazione clinica funzionale all'ingresso e all'uscita
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti <i>ricoverati</i>
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche

## RIAB2.2 Presa in carico extra H

### RIAB2.2.1 Pianificazione progetto e programma riabilitativo extra H

<b>REQUISITO RIAB 2.2.1.1</b> L'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati
<b>INDICATORE</b> Sono in uso sistemi di classificazione e valutazione validati
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali

### RIAB2.2.3 Valutazione obiettivi fase progetto extra H

<b>REQUISITO RIAB 2.2.3.1</b> Il programma riabilitativo attuato è efficace
<b>INDICATORE 1</b> % progetti riabilitativi che hanno fra gli obiettivi il miglioramento funzionale
<b>NUMERATORE</b> Numero progetti riabilitativi che hanno fra gli obiettivi il miglioramento funzionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero progetti riabilitativi
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso SPR, revisione cartelle

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti con progetto riabilitativo
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> flusso SPR, revisione cartelle

### **RIAB3. Dimissioni/continuità**

<b>REQUISITO RIAB3. (M48)</b> Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO RIAB3. (M49)*</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
<b>INDICATORE 1</b> Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % ricoveri maggiori di 30 giorni
<b>NUMERATORE</b> Numero dimessi con degenza > 30gg

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

<b>DENOMINATORE</b> Numero dimessi
<b>STANDARD BASE</b> <1,5%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (C8a.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di dimissioni con attivazione ADI <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di dimissioni con attivazione ADI
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dimissioni
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO RIAB3. (M50)</b> Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati



**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

<b>REQUISITO RIAB3. (M51)*</b> Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
<b>INDICATORE</b> % di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale lettere di dimissioni
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione delle cartelle cliniche

<b>REQUISITO RIAB3. (M52)</b> La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>

**Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione**

<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<b>INDICATORE 4</b> % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> sistema di valutazione delle performance ( <i>report indagine ricoveri</i> ) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

### **RIAB3.2 Lungo-assistenza**

<b>REQUISITO RIAB 3.1.1</b> E' garantita la gestione del passaggio alla fase di lungoassistenza
<b>INDICATORE</b> % soggetti che alla dimissione del percorso riabilitativo presentano bisogni socio assistenziali aperti presi in carico al PUA (Punto Unico di Accesso)
<b>NUMERATORE</b> Numero soggetti presi in carico al PUA (Punto Unico di Accesso)
<b>DENOMINATORE</b> Totale soggetti che alla dimissione del percorso riabilitativo presentano bisogni socio assistenziali aperti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle

**RIAB3.3 Proseguimento cure in altra struttura riabilitativa (da H a struttura ambulatoriale o residenziale)**

<p><b>REQUISITO RIAB 3.3.1</b></p> <p>Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbidità e l'instabilità dei parametri vitali</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 10%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>Tempo di attesa medio tra <i>la struttura riabilitativa</i> e l'ammissione in struttura residenziali</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Somma dei tempi di attesa tra la dimissione dalla <i>struttura riabilitativa</i> e l'ammissione in struttura residenziale per i pazienti che sono ammessi in struttura residenziale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero pazienti che sono ammessi in struttura residenziale</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 1 gg</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> revisione cartelle cliniche</p>

Percorso organizzativo Strutture Residenziali e Ambulatoriali Private			
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA	
A1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione. (A e R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
A2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda (A e R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
RA1. Si è predisposto un processo per l'invio dei flussi informativi (solo R)	Gestione dati	MANAGEMENT	
M1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento (A e R)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
M2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività (A e R)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
M3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata (A e R)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
M4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni (A e R)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
M5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana (A e R)	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
RA2. L'organizzazione definisce annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali (A e R)	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
M8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione (A e R)	Formazione	MANAGEMENT	
M9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori (A e R)	Gestione dati	MANAGEMENT	
M10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici (A e R)	Gestione dati	MANAGEMENT	
M11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (A e R) (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
M12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani. (A e R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Tabella n. 12 requisiti strutture residenziali e ambulatoriali private

<b>Percorso organizzativo Strutture Residenziali e Ambulatoriali Private</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	M13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	M14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili (A e R) <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	M15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>RA1. ACCESSO AL SISTEMA</b>	RA 1.(M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente (A e R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RA 1.(M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione (solo R)	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	RA 1. (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche (solo R)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA 1.(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio (A e R)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA 1.(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza (A e R)	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA 1. (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione (solo R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
<b>RA 2.PRESA IN CARICO/DEGENZA</b>	RA2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva. (A e R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza (A e R)	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza (solo R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari (solo R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

<b>Percorso organizzativo Strutture Residenziali e Ambulatoriali Private</b>			
<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>	
RA2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento (solo R)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
RA2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente (solo R)	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
RA2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente (A e R)	Formazione	MANAGEMENT	
RA2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri (solo R)	Gestione dati	MANAGEMENT	
RA2.(M35) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate (A e R)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori (solo R)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati (A e R)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i> (solo R)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore (solo R)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc (solo R)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Tabella n. 12 requisiti strutture residenziali e ambulatoriali private

<b>Percorso organizzativo Strutture Residenziali e Ambulatoriali Private</b>			
	<b>REQUISITO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>MACROCATEGORIA</b>
	RA2.(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
<b>DIMISSIONE/ESITO</b>	RA3.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili. (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RA3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento (solo R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.). (solo R)	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	RA3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare (solo R)	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	RA3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni (solo R)	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

## REQUISITI STRUTTURE RESIDENZIALI e AMBULATORIALI

I requisiti generali che seguono sono contrassegnati ai fini della loro applicabilità:

- con la lettera **A** se applicabili a strutture ambulatoriali
- con la lettera **R** se applicabili a strutture residenziali e/o semiresidenziali

### GENERALI AZIENDALI

<b>REQUISITO A1.*</b> Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.
<b>INDICATORE</b> Presenza degli strumenti di informazione
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documentazione
<b>APPLICAZIONE:</b> A e R

### REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

<b>REQUISITO A2.</b> E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
<b>INDICATORE</b> Orario di apertura del Front Office telefonico
<b>STANDARD BASE</b> 40 ore settimanali
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE :</b> A e R

<b>REQUISITO RA1.</b> Si è predisposto un processo per l'invio dei flussi informativi
<b>INDICATORE</b> Capacità di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
<b>NUMERATORE</b> Flussi informativi che si è capaci di trasmettere
<b>DENOMINATORE</b> Flussi informativi potenzialmente dovuti
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE:</b> R



**Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private**

<b>REQUISITO RA (M1)</b> I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
<b>INDICATORE</b> Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE</b> : A e R

<b>REQUISITO RA (M2)</b> Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
<b>NUMERATORE</b> Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
<b>DENOMINATORE</b> Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>APPLICAZIONE</b> : A e R

<b>REQUISITO RA (M3)</b> Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
<b>INDICATORE</b> % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
<b>NUMERATORE</b> Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno
<b>STANDARD BASE</b> 35%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>APPLICAZIONE</b> : A e R

**Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private**

<p><b>REQUISITO RA (M4)</b> E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p><b>INDICATORE</b> % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione <i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, ... ; per ogni struttura sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p><b>NUMERATORE</b> Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>DENOMINATORE</b> Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>APPLICAZIONE : A e R</b></p>
<p><b>REQUISITO RA (M5)*</b> E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p><b>INDICATORE</b> Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>APPLICAZIONE : A e R</b></p>
<p><b>REQUISITO RA2.</b> L'organizzazione definisce annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali</p>
<p><b>INDICATORE</b> Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>APPLICAZIONE : A e R</b></p>
<p><b>REQUISITO RA (M8)</b> Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a</p>

**Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private**

valutazione
<b>INDICATORE 1</b> % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
<b>NUMERATORE</b> Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 3</b> % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi assunti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 4</b> % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di nuovi inseriti
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

<b>APPLICAZIONE :</b> A e R
<b>REQUISITO RA (M9).</b> Il “Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza” è diffuso agli operatori
<b>INDICATORE</b> % di operatori a cui è stato diffuso il “Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”
<b>NUMERATORE</b> Numero di operatori a cui è stato diffuso il “Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”
<b>DENOMINATORE</b> Totale operatori
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE :</b> A e R
<b>REQUISITO RA (M10)</b> Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
<b>INDICATORE</b> Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE :</b> A e R
<b>REQUISITO RA (M11)*</b> La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private**

Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>NUMERATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
<b>DENOMINATORE</b> Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
<b>STANDARD BASE</b> 70% <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> rischio clinico aziendale
<b>APPLICAZIONE :</b> A e R
<b>REQUISITO RA (M12)</b> Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 1</b> Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC. L'osservazione, svolta da un operatore preferibilmente esterno alla struttura, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di lavaggio mani effettuate
<b>DENOMINATORE</b> Numero occasioni di lavaggio mani
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio del lavaggio delle mani
<b>INDICATORE 2</b> Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale

**Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private**

<b>NUMERATORE</b>
Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b>
Giornate di ricovero ; Numero di accessi ( per ambulatori)
<b>STANDARD BASE</b> coerente con dati letteratura internazionale
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> farmacia
<b>INDICATORE 3</b>
% di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>NUMERATORE</b>
Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
<b>DENOMINATORE</b>
Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>APPLICAZIONE : A e R</b>
<b>REQUISITO RA (M13)</b>
Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
<b>INDICATORE</b>
Report periodici sulla situazione microbiologica. Le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio resistenze
<b>APPLICAZIONE : R</b>
<b>REQUISITO RA (M14)</b>
E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>
<b>INDICATORE</b>
Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
<b>STANDARD BASE</b> si

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE</b> : A e R
<b>REQUISITO RA (M15)</b> Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
<b>INDICATORE 1</b> % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>NUMERATORE</b> Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
<b>DENOMINATORE</b> Numero pazienti anziani presenti in struttura (o ricoverati)
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>APPLICAZIONE</b> : R

## REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

### 1. Accesso al sistema

<b>REQUISITO RA1 (M18)</b> Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
<b>INDICATORE (solo per R)</b> % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
<b>DENOMINATORE</b> Totale pazienti ricoverati
<b>STANDARD BASE</b> 90%

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

<b>INDICATORE (solo per A)</b> Presenza di una procedura aziendale per la corretta identificazione dell'utente
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE : R e A</b>

<b>REQUISITO RA (M19)</b> L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
<b>INDICATORE</b> Presenza di una procedura e di un documento aziendale ad hoc <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE : R</b>

<b>REQUISITO RA (M21)</b> Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose ed etniche
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE : R</b>

<b>REQUISITO RA (M22)</b> E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
<b>INDICATORE</b> Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE : A e R</b>

<b>REQUISITO RA (M23)</b> Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità
---



**Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private**

della permanenza
<b>INDICATORE</b> Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE : A e R</b>

<b>REQUISITO RA (M24)</b> E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
<b>INDICATORE</b> Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE : R</b>

## **2. Presa in carico/degenza**

<b>REQUISITO RA 2 (M25)*</b> Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
<b>INDICATORE</b> Presenza di una procedura aziendale ad hoc
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE : A e R</b>

<b>REQUISITO RA2 (M26)*</b> I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
<b>INDICATORE</b> Presenza di una procedura aziendale ad hoc
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE : A e R</b>

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

<b>REQUISITO RA 2(M27)</b> E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
<b>INDICATORE</b> <i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> Centro GRC attestazione buona pratica
<b>APPLICAZIONE :</b> R

<b>REQUISITO RA 2(M28)</b> Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
<b>INDICATORE 1</b> % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>NUMERATORE</b> Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
<b>DENOMINATORE</b> Totale medici
<b>STANDARD BASE</b> 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> formazione aziendale
<b>INDICATORE 2</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b> Totale dei pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio aziendale
<b>INDICATORE 3</b> % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
<b>DENOMINATORE</b>

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

<i>Totale dei pazienti intervistati</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato (baseline)</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio aziendale</i>
<b>APPLICAZIONE: R</b>

<b>REQUISITO RA 2(M29)</b> La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti che sono stati intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 75 %
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio aziendale</i>
<b>APPLICAZIONE : R</b>

<b>REQUISITO RA 2(M31)*</b> Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
<b>INDICATORE 1</b> Numero medio di audit svolti in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di audit svolti in un anno
<b>DENOMINATORE</b> Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 1
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 2</b> Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
<b>NUMERATORE</b>

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

<i>Numero di M&amp;M svolte in un anno</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
<b>STANDARD BASE</b> 2
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>% di azioni di miglioramento realizzate in un anno</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M &amp; M e analisi eventi sentinella</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&amp;M e analisi eventi sentinella</i>
<b>STANDARD BASE</b> <i>una azione di miglioramento per ogni audit; tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 4</b> <i>% di eventi sentinella segnalati entro 48 ore</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero eventi sentinella totale</i>
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>INDICATORE 5</b> <i>% di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero di ricoveri</i>
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>rischio clinico aziendale</i>
<b>APPLICAZIONE : R</b>

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

<p><b>REQUISITO RA 2(M32)</b></p> <p>Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente</p>
<p><b>INDICATORE 1</b></p> <p>% di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 90%</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>INDICATORE 2</b></p> <p>% di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</p>
<p><b>NUMERATORE</b></p> <p>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</p>
<p><b>DENOMINATORE</b></p> <p>Numero operatori sanitari</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> 50 %</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i></p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale</p>
<p><b>APPLICAZIONE : A e R</b></p>
<p><b>REQUISITO RA 2.(M33)</b></p> <p>Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri</p>
<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC</p>
<p><b>STANDARD BASE</b> si</p>
<p><b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale e Centro GRC per sinistri</p>
<p><b>APPLICAZIONE : R</b></p>
<p><b>REQUISITO RA 2.(M35)</b></p>

**Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private**

I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>APPLICAZIONE :</b> A e R

<b>REQUISITO RA 2.(M36)*</b> Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
<b>INDICATORE</b> % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)  <i>(è necessario dichiarare quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>APPLICAZIONE :</b> R

<b>REQUISITO RA 2. (M37)</b> I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
<b>INDICATORE</b> Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
<b>STANDARD BASE</b> si

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali
<b>APPLICAZIONE :</b> A e R

<b>REQUISITO RA 2.(M38)</b> <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>
<b>INDICATORE 1</b> % di schede MEWS correttamente compilate e adattate al contesto <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero schede MEWS correttamente compilate e adattate al contesto
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 3</b> <i>abrogato</i>
<b>INDICATORE 4</b> <i>% pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>NUMERATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt; 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
<b>DENOMINATORE</b> <i>Numero pazienti con MEWS &gt;</i>
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>monitoraggio interno</i>
<b>APPLICAZIONE :</b> R

<b>REQUISITO RA 2.(M39)</b> Esiste un sistema di gestione del dolore
<b>INDICATORE 1</b> % di personale a cui è stato diffuso il protocollo
<b>NUMERATORE</b> Numero di personale a cui è stato diffuso il protocollo
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private**

Totale personale
<b>STANDARD BASE</b> 80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documenti aziendali
<b>INDICATORE 3</b> % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>APPLICAZIONE :</b> R

<b>REQUISITO RA 2.(M40)*</b> Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
<b>INDICATORE</b> % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
<b>DENOMINATORE</b> Numero di ricoveri
<b>STANDARD BASE</b> 70%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>APPLICAZIONE :</b> R

<b>REQUISITO RA 2.(M41)</b>
-----------------------------



**Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private**

Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
<b>INDICATORE</b> % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>APPLICAZIONE :</b> R

<b>REQUISITO RA 2.(M42)*</b> L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
<b>INDICATORE 1</b> Evidenza della diffusione del report
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b> Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>NUMERATORE</b> Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
<b>DENOMINATORE</b> Numero cartelle cliniche revisionate
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> <i>aziendale (es. indagini di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>
<b>APPLICAZIONE :</b> R

<b>REQUISITO RA 2.(M45)</b> Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
---

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

<b>INDICATORE</b>	
% di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito	
<b>NUMERATORE</b>	
Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito	
<b>DENOMINATORE</b>	
Numero di pazienti a rischio	
<b>STANDARD BASE</b>	80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	monitoraggio interno
<b>APPLICAZIONE : R</b>	

<b>REQUISITO RA 2.(M46)</b>	
Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	
<b>INDICATORE</b>	
% di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)	
<b>NUMERATORE</b>	
Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale	
<b>DENOMINATORE</b>	
Numero di pazienti a rischio nutrizionale	
<b>STANDARD BASE</b>	80%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	monitoraggio interno
<b>APPLICAZIONE : R</b>	

### 3. Dimissioni/esito

<b>REQUISITO RA 3.(M47)*</b>	
Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili	
<b>INDICATORE 1</b>	
Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili	
<b>STANDARD BASE</b>	si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b>	documento aziendale
<b>INDICATORE 2</b>	
Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili	

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE : R</b>

<b>REQUISITO RA 3.(M48)</b> Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
<b>INDICATORE</b> % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> raccolta del dato (baseline)
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>APPLICAZIONE : R</b>

<b>REQUISITO RA 3.(M49)*</b> La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
<b>INDICATORE</b> Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi con le altre strutture interessate
<b>STANDARD BASE</b> si
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> documento aziendale
<b>APPLICAZIONE : R</b>

<b>REQUISITO RA 3.(M50)</b> Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
<b>INDICATORE 1</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
<b>DENOMINATORE</b>

**Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private**

Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>INDICATORE 2</b> % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
<b>DENOMINATORE</b> Numero di pazienti intervistati
<b>STANDARD BASE</b> 90%
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>APPLICAZIONE : R</b>

<b>REQUISITO RA 3.(M51)*</b> Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
<b>INDICATORE</b> % di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
<b>NUMERATORE</b> Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale lettere di dimissioni
<b>STANDARD BASE</b> <i>raccolta del dato</i>
<b>TIPOLOGIA FONTE</b> monitoraggio interno
<b>APPLICAZIONE : R</b>