

# I requisiti dell'accreditamento

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

 Centralità della persona

 Efficacia

 Efficienza

 Tempestività

 Sicurezza

 Equità



## Requisiti di processo COMUNI

Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
<b>5.1.COM.1</b> <b>VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE</b> Il personale valuta in maniera multi dimensionale il paziente in ingresso e individua interventi assistenziali coerenti con le valutazioni 	3	<b>Valutazione in ingresso tramite accertamento infermieristico</b>	Percentuale di ricoveri/accessi in cui è stata effettuata la valutazione in ingresso tramite accertamento infermieristico	Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione in ingresso con raccolta dati (accertamento infermieristico)	Numero di cartelle cliniche revisionate
		<b>Valutazione in ingresso da parte del medico o altra figura professionale</b>	Percentuale di ricoveri/accessi in cui è stata effettuata la valutazione in ingresso (anamnesi ed altre valutazioni da parte di medici e di professionisti sanitari non medici)	Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione in ingresso tramite anamnesi ed altre valutazioni ulteriori rispetto all'accertamento infermieristico	Numero di cartelle cliniche revisionate
		<b>Valutazione periodica dei rischi assistenziali</b>	Percentuale ricoveri/accessi in cui è stata effettuata la valutazione dei rischi assistenziali (nel setting di ricovero almeno: rischio cadute, rischio ulcere da pressione, rischio nutrizionale) laddove coerente con le condizioni del pz	Numero di cartelle in cui è stata effettuata la valutazione di rischio coerente con le condizioni del paz	Numero di cartelle cliniche revisionate eligibili
		<b>Pianificazione delle attività assistenziali in coerenza con le valutazioni</b>	Percentuale ricoveri/accessi in cui sono individuati e realizzati interventi assistenziali coerenti con le valutazioni	Numero di cartelle in cui sono individuati interventi assistenziali coerenti con le valutazioni	Numero di cartelle cliniche revisionate
EVIDENZA SUGGERITA Audit per la valutazione dei dati che riguardano la valutazione multidimensionale derivanti dalla revisione della documentazione clinica					
Altro					
<b>4.1.COM.1</b> <b>CONDIVISIONE DEL PERCORSO DI CURA</b> Il percorso di cura è condiviso con il paziente e/o i familiari 	1	<b>Modalità codificate per favorire la condivisione con il paziente dell'intero processo di cura compresa la fase di dimissione</b>	Percentuale di ricoveri/accessi in cui sono individuati e realizzati interventi assistenziali coerenti con le valutazioni	Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso	Numero di pazienti intervistati
		Altro			

# Requisiti di processo COMUNI

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

RISORSE UMANE

## 2.1.COM.1

### IDENTIFICAZIONE DEGLI OPERATORI DI RIFERIMENTO

Le figure di riferimento assistenziale sono identificate e rese note al paziente



<b>1</b>	<b>Individuazione del medico di riferimento</b>	Percentuale di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento	Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento	Numero di pazienti intervistati
	<b>Individuazione dell'infermiere di riferimento</b>	Percentuale di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento	Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento	Numero di pazienti intervistati
	EVIDENZA SUGGERITA Registrazione in cartella clinica dell'operatore di riferimento		Altro	

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE

## 5.1.COM.2

### PREVENZIONE E SORVEGLIANZA INFEZIONI

E' definito e messo in atto un insieme di azioni coerenti finalizzate alla sorveglianza e controllo delle infezioni



<b>4</b>	<b>Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione della sepsi grave e dello shock settico a partire dalla sua identificazione precoce in tutti i setting assistenziali (applicazione del livello di base della PSP "sepsi")</b>			
	<b>Protocolli di isolamento e di gestione del paziente atti a ridurre il rischio infettivo</b>			
	<b>Monitoraggio dell'applicazione della procedura sul lavaggio delle mani</b>			
	EVIDENZA SUGGERITA Diffusione dei risultati del monitoraggio del lavaggio delle mani ed esempi di azioni di miglioramento			
EVIDENZA SUGGERITA Esempi di azioni congiunte con il dipartimento prevenzione e protezione per minimizzare il rischio infettivo per gli operatori				
EVIDENZA SUGGERITA Audit almeno annuale di valutazione del rischio infettivo (che include dati di prevalenza o incidenza sulle infezioni presenti), consumo di antibiotici e dati microbiologici relativi alle antibioticoresistenze. I dati sono pubblicati negli spazi dedicati alla condivisione di informazione tra i professionisti che operano nel setting				
EVIDENZA SUGGERITA Esempi di azioni informative ed educative al paziente sulla prevenzione del rischio infettivo				
Altro				

Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
<b>3.1.COM.1</b> <b>INDICE DI DETERIORAMENTO</b> Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva 	2	<b>Protocollo sulle modalita' di rilevazione e allerta e conseguenti azioni</b>			
		<b>Valutazione indice di deterioramento in pazienti a rischio</b>	Percentuale di pazienti valutati per indice di deterioramento	Numero pazienti ricoverati eleggibili valutati	Numero pazienti ricoverati eleggibili
		<b>Protocolli di gestione del deterioramento clinico</b>	Percentuale di pazienti sui quali e' stata attivata una azione di attenzione e intervento	Numero di pazienti per i quali è stata attivata un'azione	Numero di pazienti che hanno superato la soglia
		EVIDENZA SUGGERITA Audit per la valutazione dei dati che riguardano l' indice di deterioramento, derivanti dalla revisione della documentazione clinica			
		Altro			
<b>5.1.COM.3</b> <b>RISCHIO FARMACI</b> Esiste un sistema di gestione del rischio correlato al processo di gestione dei farmaci 	5	<b>Protocollo per la riconciliazione terapeutica nelle diverse fasi del percorso : ammissione, ricovero e dimissione (applicazione del livello di base della psp "riconciliazione")</b>		Numero di cartelle cliniche dove vi è evidenza della applicazione	Numero di cartelle cliniche revisionate
		<b>Scheda terapeutica unica per la prescrizione e somministrazione dei farmaci (applicazione livello di base della psp "scheda terapeutica unica")</b>		Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale	Numero di cartelle cliniche revisionate
		<b>Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali relative ai farmaci:1 (KCL), 7 (gestione e conservazione dei farmaci ed errori di terapia), 12 (farmaci LASA), 17 (riconciliazione)</b>			
		EVIDENZA SUGGERITA Sono adottate modalità condivise per la prescrizione di antibiotici e viene svolta educazione al paziente sull'uso corretto degli antibiotici			
		EVIDENZA SUGGERITA Audit per la valutazione dei dati che riguardano le STU, derivanti dalla revisione della documentazione clinica			
		EVIDENZA SUGGERITA Monitoraggio delle segnalazioni di reazione avverse conseguenti all'uso dei farmaci (ADR)			
		Altro			

# Requisiti di processo COMUNI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	<b>3.1.COM.2</b> <b>DOCUMENTAZIONE IN DIMISSIONE</b> Al momento della dimissione viene fornita la documentazione necessaria al corretto proseguimento del percorso di cura 	3	Lettera di dimissione con informazioni sulle azioni da intraprendere e sulla riconciliazione terapeutica	Percentuale lettere di dimissioni compilate correttamente	Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente	Numero totale lettere di dimissioni
			Altro			
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	<b>4.1.COM.3</b> <b>INFORMAZIONI ALLA DIMISSIONE</b> Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare 	2	Rilevazione delle informazioni fornite	Percentuale pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio	Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio	Numero di pazienti intervistati
			Rilevazione delle informazioni fornite	Percentuale pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto	Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto	Numero di pazienti intervistati
			Altro			

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.COM.4</b> <b>RISCHIO DISPOSITIVI MEDICI</b> Esiste un sistema di gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili.	4	Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali relative i dispositivi (9) ovvero dell'adozione di modalità per la prevenzione dei rischi correlati all'utilizzo dei dispositivi medici			
			Presenza e corretta gestione di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili			
			EVIDENZA SUGGERITA Adozione di modalità condivise per l'utilizzo di dispositivi medici (modalità di inserimento, tempi di utilizzo, tecniche asettiche per l'inserimento e il monitoraggio)			
			EVIDENZA SUGGERITA Tracciabilità dei dispositivi sterili riutilizzabili e impiantabili nella documentazione sanitaria			
			Altro			
RISORSE UMANE	<b>2.1.COM.2</b> <b>INSERIMENTO NEOASSUNTI E NEOINSERITI</b> L' inserimento del personale nella struttura avviene in maniera guidata	1	Presenza di un piano di inserimento per ogni neo inserito	Percentuale di schede di personale neoinserto con programma e valutazione	Numero di schede	Numero neoinserti
			Presenza di un piano di inserimento per ogni neo assunto	Percentuale schede di personale neoassunto con programma e valutazione	Numero di schede	Numero neoassunti
			Altro			
GESTIONE PROCESSI DI SUPPORTO E LOGISTICA	<b>7.1.COM.1</b> <b>TRASPORTI PAZIENTI</b> Sono definite le modalità per il trasferimento e trasporto dei pazienti	2	Procedure aziendali di trasporto e trasferimento dei pazienti			
			Altro			

# Requisiti di processo COMUNI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	<b>4.1.COM.2</b> <b>EDUCAZIONE AL PAZIENTE</b> E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione e del follow up 	1	<b>Registrazione nella documentazione sanitaria del percorso educativo del paziente</b>			
			EVIDENZA SUGGERITA Disponibilità di materiale educativo/informativo da consegnare alla dimissione Altro			
GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	<b>3.1.COM.3</b> <b>SISTEMA DI GESTIONE DEL DOLORE</b> Esiste un sistema di gestione del dolore 	3	<b>Registrazione della valutazione del dolore e delle azioni conseguenti</b>		Numero cartelle cliniche/ documentazioni sanitarie in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata	Numero cartelle cliniche/ documentazioni sanitarie revisionate
			<b>Protocolli di rilevazione del dolore per pazienti che hanno difficoltà a comunicare</b>			
			<b>Registrazione della percezione degli interventi per il controllo del dolore</b>	Percentuale pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore	Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore	Numero di pazienti intervistati
			EVIDENZA SUGGERITA Audit per la valutazione integrata dei dati che riguardano la gestione del dolore, provenienti dalla revisione della documentazione clinica e dalle indagini con gli utenti Altro			
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.COM.5</b> <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE</b> Vengono adottate modalità per la corretta identificazione del paziente al momento dell'ammissione e nelle fasi successive 	2	<b>Monitoraggio dell'applicazione del livello di base della PSP "identificazione del paziente"</b>			
			<b>Monitoraggio delle modalità per la identificazione attiva del paziente nei diversi momenti del percorso di cura</b>			
			Altro			

Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
<b>5.1.COM.6</b> <b>ACCESSI VASCOLARI VENOSI</b> Sono adottate per la gestione degli accessi vascolari venosi centrali e periferici 	1	<b>Procedure per la prevenzione dei rischi correlati alla gestione degli accessi venosi centrali (PICC, MEDLINE, PORT, CVC ecc) e periferici</b>			
		<b>Presenza nella documentazione sanitaria della registrazione del posizionamento e del monitoraggio degli accessi venosi centrali</b>			
		EVIDENZA SUGGERITA Registrazione nella documentazione sanitaria dell'educazione al paziente sulle modalità di gestione dell'accesso vascolare centrale			
		Altro			
<b>6.1.COM.1</b> <b>CONTINUITA' TERAPEUTICA</b> La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione 	1	<b>Rilevazione della prescrizione di presidi alla dimissione</b>	Percentuale di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di presidi alla dimissione	Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di presidi alla dimissione	Numero di pazienti intervistati
		<b>Rilevazione della fornitura di presidi alla dimissione</b>	Percentuale di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione	Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione	Numero di pazienti intervistati
		<b>Rilevazione della prescrizione di farmaci alla dimissione</b>	Percentuale di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione	Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione	Numero di pazienti intervistati
		<b>Rilevazione della fornitura di farmaci alla dimissione</b>	Percentuale di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione	% di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione	Numero di pazienti intervistati
		Altro			

# Requisiti di processo COMUNI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.COM.2</b> <b>CONTINUITA' ASSISTENZIALE</b> La continuità assistenziale è garantita da protocolli di continuità tra le strutture aziendali ed extra aziendali 	3	Protocolli per il passaggio di consegne nelle aree e per i target a maggior rischio Set minimo di informazioni cliniche ed assistenziali che permette una comunicazione verbale e/o scritta sintetica ed efficace (applicazione del livello di base della PSP "handover") Modulistica per il passaggio delle consegne tra aree/ setting diverse		Numero di trasferimenti / passaggi del paziente con passaggio di consegne tracciato	Numero di trasferimenti / passaggi del paziente
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.COM.7</b> <b>DIFFUSIONE DEI PROTOCOLLI</b> Il personale conosce gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (pdta, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) adottati dalla struttura 	1	Rilevazione della diffusione tra gli operatori Modalità di diffusione degli strumenti di indirizzo clinico e assistenziale	Percentuale risposte con esito positivo alla specifica domanda nell'ambito dell'indagine di clima interno		
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.COM.8</b> <b>SISTEMA DI REPORTING AND LEARNING</b> Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi aziendali del sistema qualità e sicurezza 	3	Sistema per la segnalazione di eventi con danno e senza danno (applicazione del livello base della PSP "incident reporting") Realizzazione M&M Report di audit SEA con la definizione di azioni di miglioramento, responsabilità e tempi di realizzazione Monitoraggio dell'applicazione linee guida ministeriali per la gestione e comunicazione degli eventi avversi in sanità	Numero di M&M review (revisioni di morbilità e mortalità) svolte in un anno Percentuale di azioni di miglioramento conseguenti ad AUDIT SEA (audit su eventi significativi) a cui si è partecipato realizzate nei tempi fissati rispetto a quelle previste	Numero di azioni di miglioramento realizzate nei tempi previsti e concordati	Numero di azioni di miglioramento conseguenti ad Audit SEA
			Altro			

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.COM.9</b> <b>MONITORAGGIO DEGLI ESITI</b> E' garantito il monitoraggio degli esiti e la discussione tra tutti gli operatori, su base almeno annuale, dei dati inerenti re-ricoveri, mortalità, complicanze e altri indicatori ritenuti rilevanti, con un confronto con i dati regionali e nazionali e di letteratura, e la discussione di eventuali azioni di miglioramento 		<b>3</b> Verbali di incontri su base almeno annuale relativi alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, contenenti anche le ipotesi di miglioramento <hr/> Altro			
	QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.COM.10</b> <b>ADESIONE PROTOCOLLI E PDTA</b> Sono in uso strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale per la casistica a maggior volume principale (in termini di volumi e di rischio procedura) e sono oggetto di monitoraggio specifico e quindi di discussione per quanto riguarda il livello di adesione 		<b>3</b> Report di adesione <hr/> Verbali di incontri almeno annuali relativi alla discussione sui dati relativi all'adesione agli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale e conseguenti piani di miglioramento <hr/> Altro	Report di adesione ad almeno 3 strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale	

## Requisiti di processo COMUNI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.COM.11</b> <b>PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLA STRUTTURA</b> I dati sull'andamento della struttura vengono sistematicamente monitorati e utilizzati per il miglioramento continuo 	4	Piano di miglioramento della struttura, elaborato sulla base delle informazioni disponibili e derivanti dal sistema di reporting and learning, dalla valutazione degli esiti, dalla valutazione della applicazione di protocolli, dai dati sulle infezioni, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc)  EVIDENZA SUGGERITA Riunioni di analisi dell'andamento del piano di miglioramento  Altro			
	QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.COM.12</b> <b>PREVENZIONE COMPORAMENTI AGGRESSIVI E AUTOLESIONISTICI</b> Sono applicate le indicazioni per la prevenzione del suicidio dei pazienti e delle aggressioni verso operatori e pazienti 	2	Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione del rischio suicidiario ed alla gestione delle aggressioni verso operatori  Altro		
		<b>5.1.COM.13</b> <b>COMUNICAZIONE DIFFICILE</b> Sono definite, conosciute e applicate le modalità di gestione della comunicazione a pazienti e parenti degli eventi avversi 	2	Monitoraggio dell'applicazione del livello di base della PSP relativa alla comunicazione difficile degli eventi avversi  Altro		

## Requisiti di processo COMUNI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.COM.14</b> <b>TEAM EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA</b> Esiste ed è ben conosciuto il sistema di attivazione del team che gestisce il paziente critico 	2	<b>Procedura su modalità e tempi di attivazione del team emergenza intraospedaliera</b>  <b>Rilevazione del numero di pazienti deceduti per arresto cardiaco inatteso</b>	Percentuale deceduti per arresto cardiaco inatteso	Numero di deceduti per arresto cardiaco inatteso	Numero di deceduti totali
			Altro			
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	<b>4.1.COM.4</b> <b>PERCEZIONE ADEGUATEZZA INFORMAZIONI SULLA SALUTE</b> Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva 	1	<b>Registrazione della percezione delle informazioni fornite</b>	Percentuale pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti	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	Numero di pazienti intervistati
			Altro			
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	<b>4.1.COM.5</b> <b>RISERVATEZZA DEI COLLOQUI</b> I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza 	1	<b>Rilevazione della percezione delle riservatezza dei colloqui</b>	Percentuale 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	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	Numero di pazienti intervistati
			Altro			

## Requisiti di processo COMUNI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	<b>4.1.COM.6</b> <b>COMUNICAZIONE ADEGUATA DA PARTE DEI SANITARI</b> Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari 	1	<b>Rilevazione della percezione della chiarezza delle risposte ricevute dai medici</b>	Percentuale di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare	Numero di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare	Totale dei pazienti intervistati
			<b>Rilevazione della percezione della chiarezza delle risposte ricevute dagli infermieri</b>	Percentuale di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dagli infermieri erano chiare	Numero di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dagli infermieri erano chiare	Totale dei pazienti intervistati
			<b>Rilevazione della percezione della concordanza delle informazioni</b>	Percentuale di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti	Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti	Numero di pazienti intervistati
			EVIDENZA SUGGERITA Iniziative di formazione finalizzata al miglioramento della comunicazione tra sanitari e pazienti Altro			
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	<b>4.1.COM.7</b> <b>PERCEZIONE GLOBALE SERVIZIO</b> I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato 	2	<b>Rilevazione segnalazioni</b>	Percentuale pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta	Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta	Numero di pazienti intervistati
			<b>Rilevazione segnalazioni</b>	Percentuale pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare	Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare	Numero di pazienti intervistati
			<b>Monitoraggio della valutazione da parte dei pazienti oncologici del comfort e dell'accoglienza durante il percorso di cura</b>			
			Altro			

# Requisiti di processo specifici ONCOLOGICI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	<b>6.1.ONC.1</b> <b>ACCOGLIENZA</b> Esiste un servizio CORD-Accoglienza organizzato secondo i requisiti definiti da ITT, chiaramente pubblicizzato verso gli utenti e che assicura una gestione efficace degli accessi 	3	<b>Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alla prima visita</b>	Percentuale di pazienti al quale il servizio Accoglienza CORD ha fissato una prima visita oncologica tempestiva	Numero di pazienti presentatisi al cord ai quali e' stato fissato l'appuntamento per la prima visita oncologica entro i tempi prestabiliti (3 giorni)	Numero di pazienti che si sono presentati al CORD per prima visita oncologica (e non sono in carico presso altri Centri)
			<b>Modalità di accesso al Servizio CORD-Accoglienza descritte negli strumenti di comunicazione (carta dei servizi, sito web, materiale informativo ecc.)</b>  Altro			
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.ONC.1</b> <b>VALUTAZIONE GOM</b> Viene assicurata la valutazione multidisciplinare dei pazienti oncologici 	6	<b>Monitoraggio del numero di pazienti con referto anatomico-patologico per i tumori della mammella, polmone, apparato digerente inferiore, urologici e ginecologici che accedono alla valutazione multidimensionale</b>	Percentuale valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare formalizzato (con formato ad hoc e che includa almeno anatomopatologo, oncologo medico, chirurgo e radio oncologo)  Percentuale valutazioni GOM sul numero di biopsie pre-trattamento	Numero valutazioni gom o altro approccio multidisciplinare formalizzato (con formato ad hoc)  Numero valutazioni GOM	Numero di pazienti con referto anatomopatologico di patologia oncologica in carico presso la struttura  Numero di pazienti con biopsie pre-trattamento positive in carico presso la struttura
			EVIDENZA SUGGERITA Esistono soluzioni organizzative codificate che assicurano modalità diversificate di valutazione multidimensionale in relazione alla tipologia specifica della patologia oncologica  Altro			

# Requisiti di processo specifici ONCOLOGICI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
GESTIONE PROCESSI DI SUPPORTO E LOGISTICA	<b>7.1.ONC.1</b> <b>DIAGNOSTICA ANATOMOPATOLOGICA TEMPESTIVA</b> La refertazione del pezzo anatomico successiva al trattamento chirurgico è effettuata con tempestività 	5	<b>Monitoraggio dei tempi di refertazione</b>  Altro	Percentuale di referti prodotti entro gli standard stabiliti per tipologia di referto (5 gg per citologia, 15 gg per pezzo operatorio senza approfondimento biomolecolare, 30 gg per pezzo operatorio con approfondimento biomolecolare)	Numero referti prodotti entro quanto stabilito	Numero referti prodotti
	QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.ONC.2</b> <b>PSICO ONCOLOGIA</b> E' assicurato un supporto psicologico adeguato al paziente 	3	<b>Esempi di programmi ed azioni specifiche per il supporto psicologico, in coerenza con le indicazioni regionali</b>  Altro		

# Requisiti di processo specifici ONCOLOGICI

Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
<b>6.1.ONC.2</b> <b>TEMPI DI TRATTAMENTO</b> L'attivazione del trattamento (chemioterapico, radioterapico e chirurgico) è tempestivo 	6	<b>Monitoraggio dei tempi di inizio del trattamento</b>	Percentuale di pazienti eligibili che iniziano la chemioterapia entro 40 gg dall'intervento chirurgico	Numero pazienti che iniziano la chemioterapia entro 40 gg dall'intervento chirurgico	Numero totale pazienti operati che devono iniziare la chemioterapia
		Percentuale di pazienti che iniziano la radioterapia dalla visita GOM entro i tempi definiti dai diversi protocolli per le principali patologie neoplastiche	Numero pazienti che iniziano la radioterapia dalla visita gom entro i tempi definiti dai diversi protocolli per le principali patologie neoplastiche	Numero totale pazienti visitati dal GOM che devono iniziare la radioterapia	
		Percentuale di pazienti che eseguono intervento chirurgico entro 30 gg. dall'inserimento nella lista d'attesa	Numero pazienti che eseguono intervento chirurgico entro 30 gg. dall'inserimento nella lista d'attesa	Numero totale pazienti visitati che devono effettuare intervento chirurgico	
Altro					
<b>5.1.ONC.3</b> <b>SICUREZZA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO</b> Sono correttamente applicate le pratiche per la sicurezza del paziente e le raccomandazioni ministeriali pertinenti i percorsi oncologici 	5	<b>Monitoraggio dell'applicazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 per la prevenzione degli errori con farmaci antineoplastici</b>			
		<b>Monitoraggio dell'applicazione della Raccomandazione Ministeriale n. 10 prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati in terapia</b>			
		<b>Monitoraggio dell'applicazione del Livello di base della Pratica "CTA" per la sicurezza dei pazienti (centralizzazione delle preparazioni dei farmaci antitumorali)</b>			
Altro					

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE

## Requisiti di processo specifici ONCOLOGICI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.ONC.3</b> <b>CONTINUITA' DI CURA</b> Sono presenti strumenti che supportano la continuità del processo di cura 	4	<b>Monitoraggio della completezza delle informazioni contenute nella lettera di dimissione utili alla prosecuzione del percorso di cura</b>	Percentuale di dimissioni con programmazione delle tappe successive del trattamento di cura dei pazienti con terapia complessa	Numero di dimissioni da fasi del percorso (degenza, day hospital, ecc) dove vi e' evidenza della programmazione e della informazione al paziente riguardo alla fase successiva del trattamento di cura	Numero di dimissioni da fasi del percorso (degenza, day hospital, ecc)
			Altro			
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.ONC.4</b> <b>CONTINUITA' OSPEDALE TERRITORIO PER IL PAZIENTE ONCOLOGICO</b> Viene garantita la continuità delle cure oncologiche, comprese le cure fisioterapiche e riabilitative e di supporto 	3	<b>Monitoraggio dell' attivazione tempestiva delle risposte di continuità assistenziale</b>	Percentuale di pazienti dimessi dalla fase ospedaliera per i quali viene richiesto e quindi attivato il servizio ADI	Numero pazienti dimessi dalla fase ospedaliera con tempestiva attivazione del servizio adi	Numero pazienti dimessi dalla fase ospedaliera con richiesta (in cartella o UVM) di attivazione del servizio ADI
			Altro			

# Requisiti di processo specifici ONCOLOGICI

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

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI

**6.1.ONC.5**  
**COLLEGAMENTO CON CURE PALLIATIVE**  
 E' assicurato il collegamento tra l'ospedale ed il servizio di cure palliative



<b>3</b>	<b>Monitoraggio dell'attivazione dei servizi di cure palliative da parte delle strutture ospedaliere</b>	Percentuale di dimessi con prenotazione al servizio di cure palliative	Numero dimessi con prenotazione al servizio di cure palliative	Totale pazienti dimessi eleggibili
Altro				

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI

**6.1.ONC.6**  
**ATTIVAZIONE CURE PALLIATIVE**  
 Sono presenti i percorsi di attivazione delle cure palliative attraverso i medici di medicina generale / AFT



<b>2</b>	<b>Monitoraggio dell'attivazione dei servizi di cure palliative da parte dei MMG</b>			
Altro				

## Requisiti di processo specifici CHIRURGICI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.CHI.1</b>  <b>TEMPI DI ATTESA</b> Il tempo di attesa per gli interventi chirurgici programmati ospedalieri e ambulatoriali è coerente con il bisogno clinico  	2	<b>Monitoraggio dei tempi di attesa in base alle classi di priorità</b>	Percentuale di interventi classe di priorità A (tra cui gli oncologici) erogati entro 30 giorni dalla prenotazione.	Numero di interventi classe di priorità A erogati entro 30 giorni dalla prenotazione	Numero di interventi classe di priorità A erogati
				Altro		
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.CHI.2</b>  <b>SCHEDA PROPOSTA</b> La scheda con la proposta di intervento chirurgico è compilata in maniera completa dal chirurgo nelle sue parti, compreso il codice di priorità e l'attribuzione del setting appropriato  	2	<b>Report periodico di monitoraggio della completezza della compilazione della scheda</b>	Percentuale di schede compilate in maniera completa	Numero di schede compilate in maniera completa	Numero di pazienti con proposta di intervento
				Altro		

# Requisiti di processo specifici CHIRURGICI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	<b>4.1.CHI.1</b> <b>PRECONSENSO</b> Contestualmente alla proposta di intervento chirurgico al Paziente vengono illustrati gli elementi di informazione sull'intervento ed i rischi dell'intervento 	1	<b>Indagini con gli utenti che misurano la percezione della completezza delle informazioni fornite</b>	Percentuale di utenti che rispondono positivamente alla domanda se sono stati forniti elementi di informazione sull'intervento e i rischi dell'intervento	Numero utenti che rispondono positivamente alla domanda se sono stati forniti elementi di informazione sull'intervento e i rischi dell'intervento	Numero totale di utenti che hanno risposto alla domanda
			EVIDENZA SUGGERITA Registrazione nella cartella di preospedalizzazione della consegna dell'informativa specifica per l'intervento chirurgico Altro			
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.CHI.3</b> <b>TRASPARENZA</b> E' garantita una modalità omogenea e trasparente per l'accesso alle prestazioni chirurgiche sia in modalità istituzionale che in libera professione 	2	<b>Modalita' codificate e formalizzate di gestione del registro di prenotazione chirurgica</b>			
			<b>Report sull'aderenza effettiva alle classi di priorità definite</b>	Registrazione del rilascio al paziente, al momento della conferma della proposta di intervento, del numero di inserimento in lista e della classe di priorità		
			Altro			

# Requisiti di processo specifici CHIRURGICI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore	
<b>ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi</b>	<b>6.1.CHI.4</b> <b>PREOSPEDALIZZAZIONE EFFICACE</b> E' attivata la pre-ospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmati 	2	<b>Monitoraggio della degenza media pre-operatoria</b>	Degenza media preoperatoria per interventi chirurgici programmati	Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico	
			<b>Monitoraggio dell'applicazione di protocolli standard degli esami di preospedalizzazione</b>				
			<b>Registrazione in cartella dell'avvenuta informazione al paziente funzionale alla preparazione all'intervento e, ove previste, dell'educazione al paziente e della comunicazione al MMG per la riconciliazione farmacologica</b>				
			EVIDENZA SUGGERITA Presenza di protocolli di preospedalizzazione differenziati per classe di rischio e grado di chirurgia				
			EVIDENZA SUGGERITA Monitoraggio del numero di preospedalizzazioni ripetute sullo stesso paziente in relazione al numero interventi rinviati				
	EVIDENZA SUGGERITA La preospedalizzazione è completata in un'unico accesso						
	Altro						
<b>QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE</b>	<b>5.1.CHI.1</b> <b>GOM</b> E' effettuata una valutazione multidimensionale del paziente oncologico che deve effettuare intervento chirurgico 	2	<b>Monitoraggio delle percentuali di pazienti sottoposti a valutazione multidimensionale preintervento nei casi eligibili</b>	Percentuale di valutazioni GOM pre-intervento nei casi eligibili secondo i protocolli di riferimento	Numero di pazienti che sono stati oggetto di valutazioni GOM prima dell'intervento	Numero di pazienti operati con diagnosi anatomo-patologica di patologia oncologica	
			Altro				

## Requisiti di processo specifici CHIRURGICI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.CHI.2</b> <b>APPROPRIATEZZA SETTING</b> La prestazione sanitaria è erogata nell'appropriato setting assistenziale 	2	<b>Monitoraggio dell'appropriatezza del setting assistenziale</b>	Percentuale media di raggiungimento degli standard dei DRG LEA Chirurgici ad alto rischio di inappropriately	Somma delle percentuali di raggiungimento degli standard dei DRG Chirurgici LEA	Numero di DRG LEA Chirurgici erogati
			<b>Protocolli di ammissione e dimissione per i pazienti eligibili in day surgery e chirurgia ambulatoriale</b>			
			Altro			
GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	<b>3.2.CHI.1</b> <b>CONSENSO INFORMATO</b> Il consenso informato all'intervento chirurgico è una fase del percorso di cura a cui si dedica tempo e attenzione 	2	Dimissione	Percentuale di cartelle cliniche con consenso informato raccolto in modo corretto ed appropriato	Numero di cartelle cliniche nelle quali il consenso informato viene raccolto in modo corretto ed appropriato	Numero di cartelle cliniche oggetto di revisione
	Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.CHI.3</b> <b>PREVENZIONE TVP</b> L'organizzazione adotta modalità appropriate per la prevenzione della TVP 	2	<b>Monitoraggio dell'adozione di algoritmi per la prevenzione della TVP</b>	Percentuale di cartelle cliniche applicabili ove vi è evidenza della applicazione dell'algoritmo per la prevenzione della TVP secondo i criteri stabiliti nella procedura		
				Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1.000 dimessi con DRG chirurgico	Numero di dimessi con trombosi venosa profonda o embolia polmonare in diagnosi secondaria	Numero dimessi con DRG chirurgico
			Altro			

## Requisiti di processo specifici CHIRURGICI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	<b>3.2.CHI.2</b> <b>VALUTAZIONE ANAMNESTICA</b> Il percorso chirurgico prevede la conferma al momento del ricovero delle valutazioni effettuate in fase di preospedalizzazione comprensiva della segnalazione di eventuali allergie (es. farmaci, lattice)	2	<b>La valutazione anamnestica raccolta in fase di preospedalizzazione viene rilevata e validata al momento del ricovero ai fini della corretta gestione del paziente</b>	Percentuale di cartelle cliniche dove vi è evidenza della presenza in cartella clinica della validazione o integrazione della valutazione anamnestica	Numero di cartelle cliniche nelle quali vi è evidenza della validazione o integrazione della valutazione anamnestica	Numero di cartelle cliniche oggetto di revisione
			Altro			
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	<b>6.1.CHI.4</b> <b>INTERVENTO POST TRAUMA</b> Il paziente traumatizzato è gestito in maniera appropriata e tempestiva	3	<b>Monitoraggio della tempestività nella gestione del paziente con frattura di femore</b>	Percentuale di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento $\leq 2$ giorni	Numero interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento $\leq 2$ giorni x 100	Numero interventi per frattura del collo del femore
			<b>Monitoraggio della durata del ricovero dei casi di frattura diversa dal femore</b>	<b>Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti</b>	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
			Altro			
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	<b>6.1.CHI.5</b> <b>PROTOCOLLO URGENZE</b> L'utilizzo delle sale operatorie è adeguatamente regolamentato in relazione alle urgenze/emergenze chirurgiche	2	<b>Regolamento dei blocchi operatori che descrive le modalità di gestione in relazione alle urgenze/emergenze chirurgiche</b>			
			Altro			

# Requisiti di processo specifici CHIRURGICI

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

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi

**6.1.CHI.6**

**BLOCCO OPERATORIO**  
L'utilizzo efficiente del blocco operatorio avviene è assicurato con adeguati strumenti gestionali



Programmazione su base settimanale delle liste operatorie per interventi elettivi

4 Monitoraggio del rispetto dei tempi programmati per inizio e fine delle sedute chirurgiche

Monitoraggio degli interventi cancellati o rimandati

Altro

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE

**5.1.CHI.4**

**REGISTRO SALA OPERATORIA**  
La registrazione dei dati di sala operatoria assicura una corretta e completa raccolta delle informazioni



2 Monitoraggio della corretta e completa compilazione del registro di sala operatoria contestuale all'intervento

Altro

## Requisiti di processo specifici CHIRURGICI

Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
<b>5.1.CHI.5</b> <b>SICUREZZA IN SALA OPERATORIA</b> <b>E' presente un sistema di gestione della sicurezza in sala operatoria</b> 	5	<b>Monitoraggio dell'applicazione delle le raccomandazioni ministeriali e PSP regionale per la gestione della sicurezza in sala operatoria</b>	Percentuale di procedure effettuate con l'adozione della check list di sala operatoria	Numero di procedure effettuate con l'adozione della check list di sala operatoria coerenti con raccomandazioni ministeriali e PSP regionale	Numero di procedure effettuate
		Percentuale di procedure effettuate con contrassegno del sito-lato coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale	Numero di procedure effettuate con contrassegno del sito-lato coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale	Numero procedure effettuate che necessitano distinzione sito-lato	
		Percentuale di procedure effettuate con supporto strumento strutturato per conteggio garze	Numero di procedure effettuate con supporto strumento strutturato per conteggio garze	Numero totale procedure	
		Percentuale di procedure effettuate con tracciabilità del materiale impiantato	Numero di procedure effettuate con tracciabilità del materiale impiantato	Numero totale procedure applicabili	
		Percentuale di procedure effettuate con conteggio strumentario chirurgico	Numero di procedure effettuate con conteggio strumentario chirurgico	Numero totale procedure	
EVIDENZA SUGGERITA: Vengono svolte periodiche osservazioni sul campo dell'applicazione delle raccomandazioni per la sicurezza in ciascun blocco operatorio		Report relativo l'osservazione sul campo, in ciascun blocco operatorio, dell'applicazione delle raccomandazioni per la sicurezza			
Altro					
<b>5.1.CHI.6</b> <b>VOLUMI SOGLIA</b> <b>Sono garantiti i volumi soglia di casistica e di procedure chirurgiche definiti a livello regionale e nazionale in base a standard di qualità internazionali</b> 	2	<b>Monitoraggio degli standard volumi soglia per le specifiche casistiche e procedure</b>			
		Altro			

## Requisiti di processo specifici CHIRURGICI

Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
<b>6.1.CHI.7</b> <b>ACCESSO ALLA RIABILITAZIONE</b> <b>L'accesso alla fase riabilitativa è appropriato ed efficace</b> 	3	<b>Monitoraggio dell'arruolamento ai programmi riabilitativi</b>	Percentuale di pazienti con valutazione bisogni riabilitativi effettuata durante la degenza	Numero di cartelle cliniche nelle quali vi è evidenza di una valutazione dei bisogni riabilitativi effettuata durante la degenza	Numero di cartelle cliniche oggetto di revisione
			Percentuale di pazienti eligibili dimessi con progetto o programma di riabilitazione	Numero di cartelle cliniche nelle quali alla dimissione vi è evidenza della presenza di un progetto o programma di riabilitazione	Numero di cartelle cliniche di pazienti eligibili
		Altro			

## Requisiti di processo specifici MATERNO-INFANTILI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	<b>6.1.MAT.1</b> <b>ACCESSO POPOLAZIONE STRANIERA</b> Sono presenti modalità per favorire l'accesso ai servizi della popolazione straniera e per la riduzione del tasso di abortività volontaria ripetuta 	1	<b>Presenza di mediazione linguistico culturale a livello consultoriale</b> <b>Monitoraggio del tasso di IVG</b> Altro	IVG nelle donne straniere rispetto alle donne italiane	Tasso ivg di donne straniere	Tasso ivg di donne italiane
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	<b>4.1.MAT.1</b> <b>LIBRETTO DI GRAVIDANZA</b> La consegna del libretto di gravidanza è gestita in maniera appropriata 	1	<b>Documento organizzativo che predispona tempi e modalità adeguate per la consegna del libretto di gravidanza</b> Altro	Percentuale di donne che dichiarano che hanno ricevuto il libretto di gravidanza dal personale ostetrico	Numero di donne che dichiarano che hanno ricevuto il libretto di gravidanza dal personale ostetrico	Numero di donne intervistate
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	<b>6.1.MAT.2</b> <b>PREPARAZIONE AL PARTO</b> Vengono assicurate modalità organizzative in grado di favorire l'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita 	2	<b>Sistemi di offerta, prenotazione e remind dei corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) che favoriscono l'accesso dei vari target di utenti</b> Altro	Accesso al CAN primipare residenti per titolo di studio Percentuale di primipare residenti (anni) con almeno tre presenze al CAN	% donne primipare residenti con titolo di studio basso con almeno 3 presenze al CAN Numero di primipare residenti che partecipano al corso	% donne primipare residenti con titolo di studio alto con almeno 3 presenze al CAN Numero di primipare residenti

## Requisiti di processo specifici MATERNO-INFANTILI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.MAT.3</b> <b>PARTOANALGESIA</b> Sono offerte modalità differenziate di gestione del dolore nel parto 	5	Monitoraggio parti vaginali con anestesia	Percentuale di gravidanze dove vi è ricorso ad una metodica di analgesia non farmacologica documentata	Numero di parti vaginali realizzati con analgesia non farmacologica in presenza di richiesta della donna	Numero di parti vaginali eleggibili con richiesta della donna per partoanalgesia
				Percentuale di visite anestesologiche effettuate alle donne in gravidanza con previsione di parto vaginale	Numero di visite anestesologiche effettuate durante la gravidanza alle donne che hanno partorito a termine	Donne in gravidanza con previsione di parto vaginale che hanno partorito a termine
				Percentuale di parti vaginali eleggibili realizzati con analgesia in presenza di richiesta della donna	Numero di parti vaginali realizzati con analgesia in presenza di richiesta della donna	Numero di parti vaginali eleggibili con richiesta della donna per partoanalgesia
Altro						
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.MAT.1</b> <b>DIAGNOSI PRECOCE DELLA SEPSI IN OSTETRICIA</b> Vengono adottati gli indirizzi regionali in merito alla gestione della sepsi in gravidanza 	3	Monitoraggio applicazione del livello di base della Pratica per la sicurezza dei pazienti relativa la Sepsis in Ostetricia			
				Altro		
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.MAT.4</b> <b>PERSONALIZZAZIONE DEI PERCORSI</b> Esistono percorsi differenziati per basso ed alto rischio e prevenzione della morte materna 	3	Monitoraggio dell'applicazione della Raccomandazione Ministeriale n. 6 specifica del percorso Nascita			
				Altro		

## Requisiti di processo specifici MATERNO-INFANTILI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.MAT.5</b> <b>VALUTAZIONE OSTETRICA IN INGRESSO</b> E' attivo un sistema strutturato di accettazione/accoglienza/ valutazione in ingresso che garantisce la tempestività nell'indirizzare la gestante al percorso appropriato 	2	<b>Monitoraggio della valutazione alla presentazione</b>	Percentuale di donne che vengono valutate attraverso una scheda standard al momento della presentazione in ostetricia	Donne in gravidanza che si presentano in ostetricia in accesso diretto e che vengono valutate attraverso uno strumento standardizzato (scheda)	Donne in gravidanza che si presentano in ostetricia in accesso diretto
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.MAT.2</b> <b>APPROPRIATEZZA GESTIONE PARTO</b> La gestione del parto avviene in coerenza con le indicazioni di appropriatezza della letteratura internazionale 	3	<b>Monitoraggio del ricorso al parto cesareo, all'induzione farmacologica e all'episiotomia</b>	Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati (NTSV)	Numero di parti cesarei depurati (ntsv)	Numero di parti depurati (ntsv)
				Percentuale di parti con induzione	Numero di parti vaginali con induzione	Numero di parti vaginali
				Percentuale di episiotomie su parti vaginali depurati (NTSV)	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati (ntsv)	Numero di parti vaginali depurati (ntsv)
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.MAT.3</b> <b>SICUREZZA DELLA DONNA E DEL BAMBINO NELLA GESTIONE DEL PARTO</b> Sono applicate le PSP di pertinenza del percorso nascita 	4	<b>Monitoraggio applicazione del livello base della PSP Emorragia Post Partum, check list di sala parto, distocia di spalla)</b>			
			Altro			

## Requisiti di processo specifici MATERNO-INFANTILI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.MAT.4</b>  <b>COMPETENZE PER LA RIANIMAZIONE IN SALA PARTO</b> Gli operatori sono formati sulla rianimazione neonatale (Golden Minute) e sulla stabilizzazione neonatale in attesa di trasferimento (Golden Hour)  	2	<b>Piano formazione che comprende contenuti sulla rianimazione e sulla stabilizzazione neonatale</b>	Percentuale di operatori (medici/infermieri/ostetriche/di supporto) che lavorano in sala parto che sono formati sulla rianimazione neonatale (Golden Minute) e sulla stabilizzazione neonatale in attesa di trasferimento (Golden Hour)	Operatori che lavorano in sala parto che sono formati sulla rianimazione neonatale e sulla stabilizzazione neonatale in attesa di trasferimento	Operatori (medici/infermieri/ostetriche/di supporto) che lavorano in sala parto
			Altro			
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.MAT.5</b>  <b>SICUREZZA DEL NEONATO NELLE PRIME DUE ORE DI VITA</b> Viene garantita una valutazione qualitativa del periodo di transizione  	3	<b>Monitoraggio applicazione delle modalità per la prevenzione di eventi avversi nelle prime due ore di vita del neonato</b>	Percentuale di cartelle neonatali e/ostetriche e/o schede inserite nella cartella dove venga registrato la temperatura ascellare neonatale e l'attacco al seno entro 1 ora		
			Altro			
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.MAT.6</b>  <b>ROOMING IN</b> Sono previste offre modalità differenziate di assistenza al neonato  	3	<b>Procedure per l'organizzazione della nursery e del rooming-in</b>			
			Altro			

## Requisiti di processo specifici MATERNO-INFANTILI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	<b>4.1.MAT.2</b> <b>GESTIONE LUTTO</b> Esiste una modalità strutturata per il supporto della donna e i suoi familiari nella gestione del lutto post evento infausto 	2	Monitoraggio dell'applicazione del supporto alla donna ed ai suoi familiari nella gestione del lutto post evento infausto			
				Altro		
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.MAT.6</b> <b>PROMOZIONE ALLATTAMENTO</b> Esistono politiche condivise ed applicate in tutto il punto nascita sulla promozione dell'allattamento materno 	2	Procedure sulla promozione dell'allattamento materno coerenti con gli impegni regionali nell'ambito della strategia Unicef Piano formazione che comprende contenuti sull'allattamento	Numero operatori del punto nascita che hanno partecipato a training o re-training sull'allattamento negli ultimi 3 anni		
				Numero operatori del punto nascita neo assunti o neo inseriti che hanno avuto training specifico sulle procedure in merito all'allattamento entro 6 mesi dall'ingresso		
Altro						
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.MAT.7</b> <b>GESTIONE DEL POST PARTUM</b> Ad ogni donna è garantito un supporto specialistico per la buona gestione della fase post-partum  	2	Presenza di programmi per il supporto della donna nella gestione del periodo post-partum	Percentuale di donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	Numero donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	Numero donne residenti partorienti
				Altro		

## Requisiti di processo specifici MATERNO-INFANTILI

Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
<b>6.1.MAT.8</b> <b>CONTINUITA' ASSISTENZIALE</b> L'assistenza pediatrica territoriale viene resa disponibile al momento del parto 			<b>1 Monitoraggio dell'attribuzione tempestiva del pediatra di famiglia</b>	Percentuale di neonati ai quali è stato attribuito il pediatra di famiglia prima della dimissione.	
			Altro		

## Requisiti di processo specifici MEDICI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.MED.1</b> <b>APPROPRIATEZZA RICOVERI</b> Le informazioni associate al ricovero, la tempistica ed il setting di ricovero assicurano una gestione appropriata dei ricoveri	4	<b>Protocolli con esplicitazione dei criteri di ricovero condivisi tra PS e aree di degenza</b>	% utenti ricoverati in coerenza con i criteri definiti	Numero di utenti ricoverati in coerenza con i criteri condivisi	Numero di utenti ricoverati
			Altro			
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.MED.2</b> <b>GESTIONE DEI FLUSSI DAL PS</b> Sono assicurate modalità di gestione dei posti letto che consentono una gestione condivisa tra PS e reparto	3	<b>E' presente un sistema condiviso in grado di gestire la disponibilità dei posti letto ed il ricovero dei pazienti dal PS alle aree di degenza</b>	% pazienti accettati in ricovero entro 2 ore dalla chiusura del caso con 'destinazione ricovero' da parte del PS		
			Altro			
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.MED.1</b> <b>APPROPRIATEZZA SETTING DI RICOVERO</b> La prestazione sanitaria è erogata nell'adeguato setting assistenziale	3	<b>Monitoraggio dell'appropriatezza del setting di ricovero</b>	Percentuale di standard raggiunti per TO std dei DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza	Somma delle percentuali di raggiungimento degli standard	N. DRG Medici LEA erogati
			Altro			

# Requisiti di processo specifici MEDICI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
<b>QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE</b>	<b>5.1.MED.2</b> <b>INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO</b> Il primo inquadramento diagnostico comprensivo di iter clinico è completato e condiviso nell'equipe entro 24 ore dal ricovero 	3	<b>Monitoraggio delle tempistiche adeguate</b>	% cartelle cliniche con anamnesi, esame obiettivo e impostazione terapia di urgenza effettuata entro 6 ore dal ricovero  % cartelle cliniche con ipotesi diagnostica ed iter clinico discusso nella equipe entro 24 ore	Numero di cartelle cliniche con anamnesi, esame obiettivo e impostazione terapia di urgenza effettuata entro 6 ore dal ricovero  Numero di cartelle cliniche con ipotesi diagnostica ed iter clinico discusso nella equipe entro 24 ore	Numero di cartelle cliniche analizzate  Numero di cartelle cliniche analizzate
<b>ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi</b>	<b>6.1.MED.3</b> <b>SEGNALAZIONE TEMPESTIVA DEI PAZIENTI CON DIMISSIONI COMPLESSE</b> Sono assicurate adeguate modalità di dimissione del paziente complesso ai fini della continuità assistenziale 	3	<b>Monitoraggio dell'attivazione tempestiva delle risposte di continuità</b>	% di pazienti con dimissioni complesse segnalati all'Agenzia Continuità o PUA entro 72 ore dall'ammissione	Numero di pazienti con dimissioni complesse segnalati all'Agenzia di Continuità od al PUA entro 72 ore dall'ammissione	Numero di pazienti con dimissioni complesse
<b>ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi</b>	<b>6.1.MED.4</b> <b>PIANIFICAZIONE DELLA DEGENZA</b> L'iter del ricovero viene programmato nelle sue tappe essenziali (principali esami diagnostici, terapia, previsione di dimissioni) e condiviso nella equipe 	5	<b>Monitoraggio della registrazione proattiva delle tappe essenziali</b>	% di cartelle cliniche dove vi è evidenza della pianificazione del ricovero  EVIDENZA SUGGERITA Sono adottate modalità di lavoro in equipe multiprofessionale per la discussione giornaliera dei casi a maggiore complessità ai fini di un processo decisionale congiunto	Numero di cartelle cliniche con evidenza della pianificazione del ricovero	Numero di cartelle cliniche analizzate

# Requisiti di processo specifici MEDICI

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

GESTIONE PROCESSI DI SUPPORTO E LOGISTICA

## 7.1.MED.1

**INTERAZIONE CON I SERVIZI DI SUPPORTO SANITARIO**  
Sono assicurate modalità codificate di interazione con i servizi di supporto sanitario (diagnostica per immagini, diagnostica di laboratorio, consulenze specialistiche) che assicurano la tempestività delle risposte in relazione alle esigenze cliniche



5	<b>Monitoraggio dei tempi di attesa per l'effettuazione degli esami e la consegna dei risultati della prestazione</b>	% prestazioni realizzate e refertate nei tempi concordati	Numero prestazioni realizzate nei tempi concordati	Totale prestazioni effettuate
Altro				

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi

## 6.1.MED.5

**PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO**  
Il paziente oncologico è adeguatamente preso in carico durante il ricovero per episodio acuto



4	<b>Monitoraggio della efficacia del raccordo con le strutture di oncologia di riferimento</b>	Numero di pazienti con nuova diagnosi oncologica rilevata durante la degenza per i quali viene effettuata una consulenza oncologica tempestivamente	Numero pazienti degenti con NUOVA diagnosi oncologica rilevato durante la degenza ai quali viene effettuata una consulenza oncologica entro 2 giorni dalla diagnosi	Numero pazienti degenti con NUOVA diagnosi oncologica rilevato durante la degenza
		Numero di pazienti degenti ricoverati per complicanze del trattamento oncologico valutati tempestivamente con gli specialisti oncologi	Numero di pazienti degenti ricoverati per complicanze del trattamento oncologico che vengono valutati congiuntamente con gli specialisti oncologi entro la seconda giornata	Numero di pazienti degenti ricoverati per complicanze del trattamento oncologico
Altro				

# Requisiti di processo specifici MEDICI

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.MED.6</b> <b>GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO</b> Sono adottate modalità adeguate per l'inserimento dei pazienti con malattie croniche nei percorsi specifici per la cronicità 	3	<b>Monitoraggio delle segnalazioni dei pazienti cronici per l'inserimento nei percorsi CCM</b>	% lettere di dimissioni con proposte specifiche di indirizzo ai percorsi attivi del Chronic Care Model	Numero di lettere di dimissioni di pazienti eligibili con proposte specifiche di indirizzo ai percorsi attivi del CCM	Numero di lettere di dimissioni di pazienti eligibili secondo le indicazioni ricevute dalle Cure Primarie
				Altro		
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.MED.7</b> <b>PIANIFICAZIONE DELLA DIMISSIONE</b> La data di dimissione viene pianificata per tempo per assicurare l'attivazione delle risposte di continuità 	6	<b>Monitoraggio della pianificazione della dimissione</b>	% cartelle cliniche dove vi è evidenza di una pianificazione tempestiva della dimissione	Numero di cartelle cliniche dove vi è evidenza di una pianificazione della dimissione entro 48h dall'ammissione	Numero di cartelle cliniche analizzate
				% dimissioni entro le ore 12.00	Numero di pazienti dimessi entro le ore 12.00	Numero di pazienti dimessi
				% pazienti o familiari che dichiarano che la data di dimissione è stata indicata con congruo anticipo	Numero di pazienti che dichiarano che la data di dimissione è stata indicata con congruo anticipo	Numero di pazienti che hanno risposto alla domanda
			Altro			

## Requisiti di processo specifici EMERGENZA

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.EM.1</b> <b>CRITERI DI INVIO DEL MEZZO DI SOCCORSO</b> Viene monitorato il rispetto dei criteri per l'invio dei mezzi di soccorso 		Presenza di report interni, aggiornati con cadenza almeno annuale, sul rispetto dei criteri per l'invio del mezzo di soccorso 1 Altro			
	<b>6.1.EM.2</b> <b>RIVALUTAZIONE SULL'OBIETTIVO</b> Viene effettuato il riscontro rapido all'arrivo sul target 		Presenza di report interni, aggiornati con cadenza almeno annuale, sul rispetto della procedura di riscontro rapido all'arrivo sul target 1 Altro			
	<b>6.1.EM.3</b> <b>TEMPESTIVITA' INVIO MEZZO DI SOCCORSO</b> I mezzi di soccorso sono inviati tempestivamente in coerenza con gli standard ministeriali 		Monitoraggio della tempestività dell'intervento 2 Altro	Intervallo Allarme/Target		

## Requisiti di processo specifici EMERGENZA

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore	
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.EM.1</b> <b>SICUREZZA DEL PAZIENTE</b> Sono correttamente applicate le pratiche per la sicurezza del paziente nel sistema dell'emergenza urgenza 	3	<b>Monitoraggio dell'applicazione delle pratiche sicurezza paziente nel sistema dell'emergenza urgenza</b>  Altro	Controllo presenza materiale sanitario a bordo dei mezzi di soccorso Conservazione farmaci termolabili in uso in emergenza territoriale Gestione farmaci stupefacenti			
	ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	<b>6.1.EM.4</b> <b>ATTRIBUZIONE CODICE TRIAGE E RIVALUTAZIONE</b> E' operativo un sistema per la corretta attribuzione e la rivalutazione del codice triage  	2	<b>Monitoraggio della Raccomandazione Ministeriale n. 15 specifica del percorso Emergenza Urgenza</b>  Altro	Percentuale casi con corretta attribuzione di codice Percentuale pazienti che hanno avuto una modifica del codice in area di triage	Numero di casi con corretta attribuzione di codice	Numero di casi rivisti
		<b>5.1.EM.2</b> <b>RIVALUTAZIONE IN PS</b> Esiste un sistema per la rivalutazione del deterioramento clinico dei pazienti durante la presenza in Pronto Soccorso   	2	<b>Protocollo di gestione del deterioramento clinico che prevede tempi definiti per la rivalutazione del caso</b>  Altro	Percentuale di pazienti rivalutati e gestiti secondo il protocollo	Numero di pazienti rivalutati entro i tempi stabiliti dal protocollo e per i quali viene successivamente avviata la gestione prevista dal protocollo	Numero di pazienti eligibili

## Requisiti di processo specifici EMERGENZA

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
<b>QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE</b>	<b>5.1.EM.3</b> <b>GESTIONE DEL CODICE ROSSO</b> Il paziente in sala rossa è gestito in maniera tempestiva ed appropriata 	2	<b>Monitoraggio del percorso specifico per i codici rossi</b>	Percentuale di pazienti con codice rosso che vengono avviati entro 90 minuti dall'ingresso al percorso clinico appropriato fuori dal PS	Numero di pazienti con codice rosso che permangono max 90 minuti in pronto soccorso	Numero di pazienti con codice rosso
<b>GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>	<b>3.1.EM.1</b> <b>PRESCRIZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI</b> Il pronto soccorso ha una modalità di gestione della terapia che ne garantisce la tracciabilità per prescrizione e somministrazione 	2	<b>Procedure e strumenti per la tracciabilità delle fasi di prescrizione e somministrazione dei farmaci sia impiegati per il trattamento della fase acutache di patologie preesistenti</b>			
<b>GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>	<b>3.1.EM.2</b> <b>TEMPI DI PERCORSO PER I CODICI VERDI</b> Sono rispettati adeguati tempi di percorso per i pazienti con codice verde 	2	<b>Monitoraggio del percorso del paziente con codice verde</b>	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore	Numero accessi con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore	Numero accessi con codice verde non inviati al ricovero

## Requisiti di processo specifici EMERGENZA

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	<b>4.1.EM.1</b> <b>GESTIONE DELL' ATTESA</b> La comunicazione sui tempi e sulle modalità di attesa al PS è efficace 	1	<b>Monitoraggio dell'efficacia della comunicazione all'utente</b>	Percentuale pazienti che conoscono il proprio codice colore	Numero pazienti che conoscono il proprio codice colore	Totale pazienti con codice colore attribuito
	Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.EM.6</b> <b>RISPETTO TEMPI DI ATTESA</b> Sono rispettati i tempi d'intervento previsti per il codice di priorità attribuito al triage 	1	<b>Monitoraggio della tempestività dell'intervento in funzione del codice triage</b>	Tasso di accesso per codici bianchi e azzurri non seguiti da ricovero dei residenti al Pronto Soccorso standardizzato per età e sesso per 1000 abitanti	Numero accessi in Pronto Soccorso con codice colore bianchi e azzurri dei residenti x 1000	Popolazione residente
	Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.EM.4</b> <b>MONITORAGGIO PERCORSI PER LE PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI</b> Sono presenti percorsi clinico assistenziali integrati per la gestione delle patologie tempo-dipendenti (stroke, infarto miocardico, trauma maggiore, arresto cardiaco rianimato, sepsi, sindrome aortica acuta) 	4	<b>Monitoraggio dell'adesione ai criteri di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale definiti</b>	EVIDENZA SUGGERITA Verbali di discussione di specifici report sull'adesione e conseguenti piani di miglioramento		
	Altro					

# Requisiti di processo specifici EMERGENZA

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
GESTIONE PROCESSI DI SUPPORTO E LOGISTICA	<b>7.1.EM.1</b> <b>INTERAZIONE CON I SERVIZI DI SUPPORTO</b> Sono assicurate modalità codificate di interazione con i servizi di supporto sanitario (diagnostica per immagini, diagnostica di laboratorio, consulenze specialistiche, trasporto sanitario per trasferimento secondario) che assicurano la tempestività delle risposte in relazione alle esigenze cliniche 	3	<b>Monitoraggio dei tempi di attesa per l'effettuazione degli esami, consegna dei risultati della prestazione, consulenze e trasporti</b>  Altro	Percentuale risposte effettuate nei tempi predefiniti	Numero risposte effettuate nei tempi stabiliti	Totale risposte effettuate
	QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.EM.5</b> <b>GESTIONE DANNO CEREBRALE ACUTO</b> Esiste un percorso per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto 	2	<b>Monitoraggio tempestività consulto neuroradiologico</b>  <b>Procedura per la gestione in PS del paziente con danno cerebrale acuto coerente con le indicazioni regionali</b>  Altro	Percentuale di lesioni cerebrali acute in PS per cui si effettua un consulto spoke-hub attraverso RISPACS	Numero di consulti spoke-hub attraverso rispacs
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi		<b>6.1.EM.7</b> <b>TASSO DI ABBANDONI</b> L'organizzazione opera per minimizzare il tasso di abbandono del Pronto Soccorso 	2	<b>Monitoraggio tasso di abbandono</b>  Altro	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	Numero abbandoni in Pronto Soccorso

# Requisiti di processo specifici EMERGENZA

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	<b>6.1.EM.8</b> <b>OSSERVAZIONE BREVE</b> I tempi di permanenza dei pazienti in Osservazione Breve sono appropriati 	2	<b>Monitoraggio dei tempi di permanenza in OBI</b>  Altro	Percentuale di pazienti con tempo di permanenza superiore alle 48h	% di pazienti con tempo di permanenza superiore alle 48h	Numero totale dei pazienti in OBI
	QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.EM.6</b> <b>RIACCESSI</b> Efficacia dell'intervento in PS e/o nell'assistenza territoriale dopo l'uscita 	3	<b>Monitoraggio dei riaccessi in PS</b>  Altro	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	Numero accessi ripetuti entro 72 ore in qualunque PS toscano per qualsiasi causa
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi		<b>6.1.EM.9</b> <b>CODICE ROSA</b> Esiste un percorso codificato e monitorato per la protezione delle vittime di violenza e maltrattamenti 	2	<b>Procedure per la corretta gestione e per la protezione delle vittime di violenza e maltrattamenti che comprende i collegamenti con le strutture territoriali e le altre istituzioni</b>  Altro		
	ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	<b>6.1.EM.10</b> <b>PAZIENTI PEDIATRICI</b> Al paziente pediatrico è assicurato l'accesso a cure tempestive ed appropriate in emergenza urgenza 	3	<b>Monitoraggio corretta applicazione del modello di gestione previsto dalla Rete clinica emergenza pediatrica</b>  Altro		

## Requisiti di processo specifici AREA CRITICA

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
<b>QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE</b>	<b>5.1.CRI.1</b> <b>APPROPRIATEZZA</b> Sono presenti criteri che definiscono il setting appropriato di cura 	6	<b>Protocolli di eleggibilità dei pazienti in Area critica (TI, Sub-intensiva, 'centralizzazione' del caso, ove prevista, in un'ottica di rete)</b>	Percentuale di pazienti ricoverati che rispettano i criteri di appropriatezza definiti	Numero di pazienti ricoverati che rispettano i criteri di appropriatezza definiti	Numero di pazienti ricoverati
			Altro			
<b>PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI</b>	<b>4.1.CRI.1</b> <b>POLITICHE FINE VITA</b> Esiste ed è applicata una linea di indirizzo che regola i trattamenti del fine vita in rianimazione 	4	<b>Procedura approvata dal Comitato Etico</b>	Percentuale di decessi con attivazione procedura trattamenti fine vita	Numero di decessi nei quali in cartella clinica è formalmente documentata la attivazione della procedura trattamenti fine vita	Numero di decessi avvenuti in T.I. eleggibili per attivazione procedura trattamenti fine vita
			Altro			
<b>PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI</b>	<b>4.1.CRI.2</b> <b>TERAPIE INTENSIVE APERTE</b> E' applicata la politica delle terapie intensive aperte e sono messi in atto gli strumenti necessari per facilitare la relazione, in sicurezza, tra pazienti e familiari 	5	<b>Regolamento che assicura la possibilità per un familiare di essere presente durante le 24 h</b> <b>Presenza di cartelli e materiale informativo per i visitatori per promuovere il lavaggio delle mani</b> <b>Piano formazione con adeguati contenuti sulle tecniche di relazione</b>	Percentuale ore di apertura per le visite sulle 24 h  Percentuale di medici ed infermieri che hanno partecipato a formazione specifica sulla comunicazione con pazienti e familiari	Numero ore di apertura per le visite  Numero di medici ed infermieri che lavorano in area critica che hanno partecipato a formazione specifica sulla comunicazione	24 h  Numero di medici ed infermieri che lavorano in area critica
			Altro			

## Requisiti di processo specifici AREA CRITICA

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.CRI.2</b> <b>SUPPORTO PSICOLOGICO</b> E' garantito un supporto psicologico adeguato al paziente ed ai familiari 	3	<b>Esempi di azioni per il supporto psicologico alla famiglia ed al paziente</b> Altro			
	<b>5.1.CRI.3</b> <b>CONTROLLO RISCHIO INFETTIVO</b> Il personale è formato e informato su protocolli e PSP in merito al controllo del rischio infettivo 	6	<b>Riunioni di formazione/aggiornamento sull'andamento del rischio infettivo</b> Altro	Percentuale di operatori che lavorano in area critica per i quali vi è evidenza che negli ultimi 12 mesi vi sia stato un evento di formazione o informazione o audit sul rischio infettivo	Numero di operatori che lavorano in area critica che negli ultimi 12 mesi hanno fatto formazione informazione o audit su rischio infettivo	Numero di operatori che lavorano in area critica
	<b>5.1.CRI.4</b> <b>VALUTAZIONE DEL DOLORE NEI PAZIENTI IN STATO DI SEDAZIONE</b> Sono utilizzate procedure e strumenti di rilevazione del dolore che tengono conto della specificità dell'area critica, ovvero adatti per il malato sotto sedazione 	4	<b>Monitoraggio della rilevazione del dolore in pazienti in stato di sedazione</b> Altro	Percentuale di cartelle con valutazione adeguata del dolore in paziente sedato	Numero di cartelle con valutazione adeguata del dolore in paziente sedato	Numero di cartelle analizzate

## Requisiti di processo specifici AREA CRITICA

	Requisito specifico	Peso	Evidenza	Indicatore	Numeratore	Denominatore
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	<b>6.1.CRI.1</b> <b>FOLLOW UP</b> Sono presenti modalità per assicurare un follow up finalizzato alla valutazione dell'esperienza del paziente 	3	<b>Monitoraggio in follow up a 6 o 12 mesi dei pazienti che sono stati ricoverati in TI per almeno 5 giorni</b> Altro	Percentuale di pazienti dimessi dalla TI e intervistati nel follow up	Numero di pazienti visitati o intervistati nel follow up	Numero di pazienti dimessi dalla TI con degenza superiore a 5 giorni
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.CRI.5</b> <b>HANDOVER</b> Il trasferimento del malato dalla T.I. alla degenza viene effettuato garantendo la continuità assistenziale medica e infermieristica 	5	<b>Procedura che garantisce continuità assistenziale durante il trasferimento del malato dalla TI alla degenza</b> Altro			
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	<b>5.1.CRI.6</b> <b>PREVENZIONE DELLA VAP</b> Sono messe in atto le pratiche per la prevenzione della polmonite associata a ventilazione 	4	<b>Monitoraggio (Applicazione del Livello base della Pratica per la sicurezza del paziente "VAP")</b> Altro			