

MANUALE PER I REQUISITI ORGANIZZATIVI DI LIVELLO AZIENDALE

STRUTTURA ORGANIZZATIVA E GESTIONE DELLE STRATEGIE AZIENDALI PER LA GOVERNANCE CLINICA	1.1 Struttura e ruoli	1.1.1 Ruoli	I Con Atto aziendale si intendono i documenti costitutivi dell'organizzazione (Statuto, Regolamento ecc.). Per orientamento alla governance clinica si intende la promozione del ruolo fondamentale dei professionisti nel monitoraggio dei risultati delle attività clinico assistenziali ai fini del miglioramento continuo della qualità delle cure. L'organigramma deve essere aggiornato in relazione alla evoluzione degli assetti organizzativi. Con declaratoria delle funzioni si intende l'esplicitazione delle funzioni delle singole strutture organizzative, laddove presenti
		1.1.2 Rete aziendale Qualità e Sicurezza	III La descrizione della Rete deve essere riportata in un documento aggiornato ed adeguatamente diffuso a tutto il personale attraverso la rete intranet aziendale o altri strumenti di comunicazione IV Per scheda di posizione si intende quanto esplicitato al 2.1.1; per il ruolo di facilitatore esiste un documento o atto aziendale (ad esempio: contratto ecc.) dove sono specificate le attività/competenze specifiche e la quota parte di orario su base annuale stimata come necessaria per assolvere le funzioni
	1.2 Pianificazione	1.2.1 programmazione	V Gli obiettivi riferiti alla qualità e sicurezza devono essere presenti negli strumenti di programmazione annuale delle attività e deve esserne documentato il livello di raggiungimento. <i>(Per le aziende pubbliche si fa riferimento al processo di budget e, in coerenza con i tempi di implementazione stabiliti a livello regionale, l'evidenza suggerita e' fortemente raccomandata)</i>
		1.2.2. riesame	VI All'interno del processo di riesame della direzione (ad esempio: processo di budget, valutazione periodica raggiungimento obiettivi aziendali ecc.) è presente la valutazione periodica dell'andamento dei processi accreditati; tale valutazione tiene in conto in modo integrato e coerente degli obiettivi relativi qualità e sicurezza (ad esempio: esiti clinici, formazione, esperienza degli utenti, benessere organizzativo, gestione dei sinistri, attuazione dei piani di miglioramento e tutti gli altri input ed output ritenuti necessari)
RISORSE UMANE PER LA GOVERNANCE CLINICA	2.1 Risorse umane e governance	2.1.1 Compiti e funzioni	VII Con schede di posizione, coerentemente con quanto definito nella strategia 2.1 e nel requisito 2.1.1, si intende l'applicazione di due strumenti distinti, per quanto complementari: 1) una scheda che per tutti i livelli operativi esplicita le competenze da possedere e mantenere per assolvere pienamente il proprio ruolo 2) una job description puntuale per tutti coloro che assumono un incarico di direzione, di coordinamento o comunque un'attribuzione di funzioni (ad es. facilitatore). Lo strumento 1 è stato costruito e condiviso per ogni figura professionale calata in un contesto operativo (ad es. infermiere dell'area critica) e può coincidere o sovrapporsi in parte con le schede utilizzate per l'inserimento dei neoassunti e neoinseriti. Lo strumento 2 fa parte del sistema adottato dall'Azienda per esplicitare i contenuti degli incarichi sopra detti, ai fini del rispetto del requisito è fondamentale che in tali schede di posizione siano riportati in modo specifico le responsabilità e le attività e competenze nell'area della qualità e sicurezza. In prima applicazione deve essere adottato un modello chiaro ed uniforme per entrambi gli strumenti, la cui applicazione progressiva segue il programma di attestazione dei processi
		2.1.2 Formazione	VIII Piano di formazione aziendale che indica i bisogni formativi relativi alla governance clinica, le iniziative previste e la loro pianificazione temporale. Vengono monitorati gli eventi realizzati
	2.2 Valutazione	2.2.1 Valutazione del personale	IX Le schede di valutazione individuale comprendono anche obiettivi di qualità e sicurezza delle cure
		2.2.2 Benessere organizzativo	X Viene monitorato l'utilizzo dei dati ai fini del miglioramento: ciò comporta l'effettuazione di analisi (incluso il tasso di risposta), discussione, restituzione ai partecipanti e l'adozione di eventuali azioni di miglioramento
GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER LA GOVERNANCE CLINICA	3. GESTIONE DEI DATI	3.1.1. Sicurezza dei dati	XI Il Piano di transizione è inteso come la predisposizione, in prima applicazione, di un progetto per il conseguimento di questo elemento di garanzia, con un cronoprogramma e relativo impegno di spesa. L'integrazione dei dati clinici riguarda tutti i setting assistenziali (ospedale e territorio). Per l'evidenza facoltativa: è presente una Mappa del sistema informativo con indicazione dei gestionali in uso e dei livelli di integrazione presenti e viene effettuato un monitoraggio periodico della qualità dei flussi che esita in un report XII Esiste un piano di emergenza collegato al possibile blocco dei principali sistemi informativi
		3.2 Gestione Documentale	3.2.1. Documentazione sanitaria

PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI ALLA GOVERNANCE CLINICA	4.1 Informazione e ascolto	4.1.1. Impegno verso i cittadini	XV Nel caso delle aziende pubbliche si fa riferimento ai dati relativi all'osservatorio carta dei servizi. Il report è utilizzato come strumento di comunicazione verso i cittadini e per la promozione di azioni di miglioramento dei servizi. ESEMPI: si fa riferimento ad iniziative informative aperte all'utenza (esempi: conferenza dei servizi, giornate aperte, pubblicizzazione sui siti aziendali, incontri dedicati con i comitati di partecipazione, ecc.)
		4.1.3 Coinvolgimento dei pazienti	XVIII Esempi di partecipazione dei cittadini anche alla progettazione dei servizi ed alla costruzione di percorsi di cura
QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE NELLA GOVERNANCE CLINICA	5.1 Sistema Qualità	5.1.1. Competenze rete qualità	XIX Per Ente autorevole che certifica la formazione si intende un Istituto universitario od un Ente provider ECM con competenza specifica sul tema (si includono quindi le aziende sanitarie pubbliche). Premesso che ogni azienda struttura la rete Qualità in funzione delle proprie caratteristiche e dell'assetto organizzativo aziendale, la finalità del requisito è la massima attenzione ai livelli di competenza attesi. Pertanto per il conferimento di incarichi all'interno della rete Qualità e Sicurezza è ritenuta necessaria una formazione di almeno 12 ore sugli strumenti della qualità e sicurezza e sul nuovo sistema di accreditamento, fatto salvo diverse indicazioni specifiche, derivanti da norme o regolamenti di livello nazionale o regionale, che attengono la durata e i contenuti dei corsi ai fini dell'attestazione di specifiche competenze in materia. In prima applicazione può essere sufficiente la definizione del piano formativo che consenta il completamento del percorso per tutti gli operatori con funzioni specifiche nella Rete, da portare a termine con la progressione ed in coerenza dei processi accreditati (entro giugno 2018)
		5.1.2 Piano qualità e sicurezza	XX Per quanto attiene i contenuti del programma di antimicrobial stewardship si fa riferimento alla DGR n.620/2016
		5.1.3 Documenti qualità	XXI Con "adeguatamente compilate" si intende "coerenti con le regole definite a livello aziendale" XXII Per "revisione periodica" si intende una revisione (od una rivalidazione) con periodicità triennale. E' necessario che ci sia evidenza delle modalità di diffusione della documentazione
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1 Accesso ai percorsi	6.1.1 Schedulazione	XXIV I tempi di attesa sono pubblicati sul sito web aziendale; deve essere mostrato che le criticità sui tempi di attesa sono state valutate ed utilizzate per azioni di miglioramento
		6.1.2 Prenotazione	XXVI E' presente un documento approvato dalla Direzione Aziendale che attesta il rationale del dimensionamento delle agende e le modalità con cui viene garantita la necessaria trasparenza
GESTIONE PROCESSI DI SUPPORTO E LOGISTICA PER LA GOVERNANCE CLINICA	7.1 Fornitori interni	7.1.1 Servizi interni	XXVII Sono dichiarati gli standard di servizio condivisi tra i servizi interni (diagnostica, laboratorio, anatomia patologica, centro trasfusionale, trasporti, sanificazione, ecc) e le strutture interessate, la periodicità dei report richiesta è almeno semestrale
	7.2 Fornitori esterni	7.2.1 Servizi esterni	XXIX La Direzione aziendale ha definito gli standard di servizio con i fornitori esterni; la periodicità dei report richiesta è almeno semestrale
INNOVAZIONE	8.1 Valutazione innovazioni	8.1.1 Processo di valutazione	XXX Per le aziende pubbliche l'evidenza è relativa alla fase di identificazione/segnalazione del bisogno valutativo per la Commissione per la valutazione delle tecnologie e degli investimenti sanitari, come indicato dalla DGR n.302/2016