

REQUISITI DI PROCESSO COMUNI

	REQUISITO SPECIFICO	PESO	EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE		
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.COM.1	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE. Il personale valuta in maniera multidimensionale il paziente in ingresso e individua interventi assistenziali coerenti con le valutazioni		Valutazione in ingresso tramite accertamento infermieristico	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	95%	Revisione documentazione clinica	
				Valutazione in ingresso da parte del medico o altra figura professionale	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	95%	Revisione documentazione clinica	
			3	Valutazione periodica dei rischi assistenziali	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 elegibili	85%	Revisione documentazione clinica	
				Pianificazione delle attività assistenziali in coerenza con le valutazioni	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	80%	Revisione documentazione clinica	
				EVIDENZA SUGGERITA Audit per la valutazione dei dati che riguardano la valutazione multidimensionale derivanti dalla revisione della documentazione clinica					Almeno due incontri per anno	Documento (verbale)
				Altro						
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.COM.1	CONDIVISIONE DEL PERCORSO DI CURA Il percorso di cura è condiviso con il paziente e/o i familiari	1	Modalità codificate per favorire la condivisione con il paziente dell'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	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	90%	Indagine utenti	
				Altro						

REQUISITI DI PROCESSO COMUNI

RISORSE UMANE	2.1.COM.1	IDENTIFICAZIONE DEGLI OPERATORI DI RIFERIMENTO Le figure di riferimento per il percorso assistenziale sono identificate e rese note al paziente	1	Individuazione del medico di riferimento	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	40%	Indagine utenti
				Individuazione dell'infermiere di riferimento	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	10%	Indagine utenti
				EVIDENZA SUGGERITA Registrazione in cartella clinica dell'operatore di riferimento				90%	Revisione documentazione clinica
				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	4	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")				SI	Monitoraggio interno
				Protocolli di isolamento e di gestione del paziente atti a ridurre il rischio infettivo				SI	Monitoraggio interno
				Monitoraggio dell'applicazione della procedura sul lavaggio delle mani				SI	Monitoraggio interno
			EVIDENZA SUGGERITA Diffusione dei risultati del monitoraggio del lavaggio delle mani ed esempi di azioni di miglioramento				SI	Monitoraggio interno	
			EVIDENZA SUGGERITA Esempi di azioni congiunte con il dipartimento prevenzione e protezione per minimizzare il rischio infettivo per gli operatori				SI	Monitoraggio interno	
			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				Almeno due incontri per anno	Documento (verbale)	
			EVIDENZA SUGGERITA Esempi di azioni informative ed educative al paziente sulla prevenzione del rischio infettivo				SI	Monitoraggio interno	
			Altro						

REQUISITI DI PROCESSO COMUNI

GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	3.1.COM.1	INDICE DI DETERIORAMENTO Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva	2	Protocollo sulle modalita' di rilevazione e allerta e conseguenti azioni				SI	Documento
				Valutazione indice di deterioramento in pazienti a rischio	Percentuale di pazienti valutati per indice di deterioramento	Numero pazienti ricoverati eleggibili valutati	Numero pazienti ricoverati eleggibili	90%	Revisione documentazione clinica
				Protocolli di gestione del deterioramento clinico	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	100%	Revisione documentazione clinica
				EVIDENZA SUGGERITA Audit per la valutazione dei dati che riguardano l' indice di deterioramento, derivanti dalla revisione della documentazione clinica				Almeno due incontri per anno	Documento (verbale)
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.COM.3	RISCHIO FARMACI Esiste un sistema di gestione del rischio correlato al processo di gestione dei farmaci	5	Protocollo per la riconciliazione terapeutica nelle diverse fasi del percorso : ammissione, ricovero e dimissione (applicazione del livello di base della psp "riconciliazione")		Numero di cartelle cliniche dove vi è evidenza della applicazione	Numero di cartelle cliniche revisionate	70%	Revisione documentazione clinica
				Scheda terapeutica unica per la prescrizione e somministrazione dei farmaci (applicazione livello di base della psp "scheda terapeutica unica")		Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale	Numero di cartelle cliniche revisionate	80%	Revisione documentazione clinica
				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)				SI	Monitoraggio interno
				EVIDENZA SUGGERITA Sono adottate modalità condivise per la prescrizione di antibiotici e viene svolta educazione al paziente sull'uso corretto degli antibiotici				SI	Monitoraggio interno
				EVIDENZA SUGGERITA Audit per la valutazione dei dati che riguardano le STU, derivanti dalla revisione della documentazione clinica				Almeno due incontri per anno	Documento (verbale)
				EVIDENZA SUGGERITA Monitoraggio delle segnalazioni di reazione avverse conseguenti all'uso dei farmaci (ADR)				SI	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO COMUNI

GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	3.1.COM.2	DOCUMENTAZIONE IN DIMISSIONE 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	85%	Revisione documentazione clinica
				Altro					
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.COM.3	INFORMAZIONI ALLA DIMISSIONE 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	90%	Indagine utenti
				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	95%	Indagine utenti
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.COM.4	RISCHIO DISPOSITIVI MEDICI 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				SI	Monitoraggio interno
				Presenza e corretta gestione di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili				SI	Monitoraggio interno
				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)				SI	Monitoraggio interno
				EVIDENZA SUGGERITA Tracciabilità dei dispositivi sterili riutilizzabili e impiantabili nella documentazione sanitaria				SI	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO COMUNI

RISORSE UMANE	2.1.COM.2	INSERIMENTO NEOASSUNTI E NEOINSERITI 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	100%	Monitoraggio interno
				Presenza di un piano di inserimento per ogni neo assunto	Percentuale schede di personale neoassunto con programma e valutazione	Numero di schede	Numero neoassunti	100%	Monitoraggio interno
				Altro					
GESTIONE PROCESSI DI SUPPORTO E LOGISTICA	7.1.COM.1	TRASPORTI PAZIENTI Sono definite le modalità per il trasferimento e trasporto dei pazienti	2	Procedure aziendali di trasporto e trasferimento dei pazienti				SI	Documento
				Altro					
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.COM.2	EDUCAZIONE AL PAZIENTE E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione e del follow up	1	Registrazione nella documentazione sanitaria del percorso educativo del paziente				70%	Revisione documentazione clinica
				EVIDENZA SUGGERITA Disponibilità di materiale educativo/informativo da consegnare alla dimissione				SI	Monitoraggio interno
				Altro					
GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	3.1.COM.3	SISTEMA DI GESTIONE DEL DOLORE Esiste un sistema di gestione del dolore	3	Registrazione della valutazione del dolore e delle azioni conseguenti		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	80% per le registrazioni 100% per i trattamenti	Revisione documentazione clinica
				Protocolli di rilevazione del dolore per pazienti che hanno difficoltà a comunicare				SI	Documento
				Registrazione della percezione degli interventi per il controllo del dolore	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	95% pazienti ricoverati 65% pazienti PS	Indagine utenti
				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				Almeno due incontri per anno	Documento (verbale)
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO COMUNI

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.COM.5	IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE Vengono adottate modalità per la corretta identificazione del paziente al momento dell'ammissione e nelle fasi successive	2	Monitoraggio dell'applicazione del livello di base della PSP "identificazione del paziente"				SI	Monitoraggio interno
				Monitoraggio delle modalità per la identificazione attiva del paziente nei diversi momenti del percorso di cura				SI	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.COM.6	ACCESSI VASCOLARI VENOSI Sono adottate per la gestione degli accessi vascolari venosi centrali e periferici	1	Procedure per la prevenzione dei rischi correlati alla gestione degli accessi venosi centrali (PICC, MEDLINE, PORT, CVC ecc) e periferici				SI	Documento
				Presenza nella documentazione sanitaria della registrazione del posizionamento e del monitoraggio degli accessi venosi centrali				95%	Revisione documentazione clinica
				EVIDENZA SUGGERITA Registrazione nella documentazione sanitaria dell'educazione al paziente sulle modalità di gestione dell'accesso vascolare centrale				SI	Monitoraggio interno
				Altro					
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	6.1.COM.1	CONTINUITA' TERAPEUTICA La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	1	Rilevazione della prescrizione di presidi alla dimissione	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	SI	Indagine utenti
				Rilevazione della fornitura di presidi alla dimissione	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	25%	Indagine utenti
				Rilevazione della prescrizione di farmaci alla dimissione	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	SI	Indagine utenti
				Rilevazione della fornitura di farmaci alla dimissione	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	65%	Indagine utenti
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO COMUNI

PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	6.1.COM.2	CONTINUITA' ASSISTENZIALE 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				SI	Monitoraggio interno
				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")				SI	Monitoraggio interno
				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	Raccolta del Dato	Revisione documentazione clinica
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.COM.7	DIFFUSIONE DEI PROTOCOLLI 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	Percentuale risposte con esito positivo alla specifica domanda nell'ambito dell'indagine di clima interno			60%	Indagine di clima interno
				Modalità di diffusione degli strumenti di indirizzo clinico e assistenziale				SI	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.COM.8	SISTEMA DI REPORTING AND LEARNING 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")				SI	Monitoraggio interno
				Realizzazione M&M	Numero di M&M review (revisioni di morbilità e mortalità) svolte in un anno			2	Monitoraggio interno
				Report di audit SEA con la definizione di azioni di miglioramento, responsabilità e tempi di realizzazione	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	70%	Monitoraggio interno
				Monitoraggio dell'applicazione linee guida ministeriali per la gestione e comunicazione degli eventi avversi in sanità				SI	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO COMUNI

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.COM.9	MONITORAGGIO DEGLI ESITI 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	3	Verbali di incontri su base almeno annuale relativi alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, contenenti anche le ipotesi di miglioramento				SI	Documento, interviste
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.COM.10	ADESIONE PROTOCOLLI E PDTA 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	3	Report di adesione	Report di adesione ad almeno 3 strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale			3	Revisione documentazione clinica
			3	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				1	Documento
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.COM.11	PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLA STRUTTURA 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)				SI	Documento
				EVIDENZA SUGGERITA Riunioni di analisi dell'andamento del piano di miglioramento				SI	Documento, interviste
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.COM.12	PREVENZIONE COMPORAMENTI AGGRESSIVI E AUTOLESIONISTICI 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				SI	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO COMUNI

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.COM.13	COMUNICAZIONE DIFFICILE 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				SI	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.COM.14	TEAM EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA Esiste ed è ben conosciuto il sistema di attivazione del team che gestisce il paziente critico	2	Procedura su modalità e tempi di attivazione del team emergenza intraospedaliera				SI	Monitoraggio interno
				Rilevazione del numero di pazienti deceduti per arresto cardiaco inatteso	Percentuale deceduti per arresto cardiaco inatteso	Numero di deceduti per arresto cardiaco inatteso	Numero di deceduti totali	raccolta del dato	Monitoraggio interno
				Altro					
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.COM.4	PERCEZIONE ADEGUATEZZA INFORMAZIONI SULLA SALUTE Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva	1	Registrazione della percezione delle informazioni fornite	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	95%	Indagine utenti
				Altro					
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.COM.5	RISERVATEZZA DEI COLLOQUI I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	1	Rilevazione della percezione delle riservatezza dei colloqui	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	95%	Indagine utenti
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO COMUNI

PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.COM.6	COMUNICAZIONE ADEGUATA DA PARTE DEI SANITARI Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari	1	Rilevazione della percezione della chiarezza delle risposte ricevute dai medici	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	95%	Indagine utenti
				Rilevazione della percezione della chiarezza delle risposte ricevute dagli infermieri	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	95%	Indagine utenti
				Rilevazione della percezione della concordanza delle informazioni	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	95%	Indagine utenti
				EVIDENZA SUGGERITA Iniziative di formazione finalizzata al miglioramento della comunicazione tra sanitari e pazienti				SI	Monitoraggio interno
				Altro					
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.COM.7	PERCEZIONE GLOBALE SERVIZIO I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato	2	Rilevazione segnalazioni	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	85% pazienti ricoverati 70% pazienti PS 95% donne percorso materno infantile 85% pazienti cure primarie	Indagine utenti
				Rilevazione segnalazioni	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	80% pazienti ricoverati 70% pazienti PS 80% donne percorso materno infantile	Indagine utenti
				Monitoraggio della valutazione da parte dei pazienti oncologici del comfort e dell'accoglienza durante il percorso di cura				SI	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO ONCOLOGICO

	REQUISITO SPECIFICO	PESO	EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.ONC.1	ACCOGLIENZA 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	Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alla prima visita	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)	95%	Monitoraggio interno
				Modalità di accesso al Servizio CORD-Accoglienza descritte negli strumenti di comunicazione (carta dei servizi, sito web, materiale informativo ecc.)				SI	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.ONC.1	VALUTAZIONE GOM Viene assicurata la valutazione multidisciplinare dei pazienti oncologici	6	Monitoraggio del numero di pazienti con referto anatomo-patologico per i tumori della mammella, polmone, apparato digerente inferiore, urologici e ginecologici che accedono alla valutazione multidimensionale	Percentuale valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare formalizzato (con formato ad hoc e che includa almeno anatomopatologo, oncologo medico, chirurgo e radio oncologo)	Numero valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare formalizzato (con formato ad hoc)	Numero PAZIENTI con REFERTO anatomopatologico di patologia oncologica in carico presso la struttura	90%	Monitoraggio interno
					Percentuale valutazioni GOM sul numero di biopsie pre-trattamento	Numero valutazioni GOM	Numero di PAZIENTI CON biopsie pre-trattamento POSITIVE in carico presso la struttura	70%	Monitoraggio interno
				EVIDENZA SUGGERITA: Esistono soluzioni organizzative codificate che assicurano modalità diversificate di valutazione multidimensionale in relazione alla tipologia specifica della patologia oncologica				SI	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO ONCOLOGICO

GESTIONE PROCESSI DI SUPPORTO E LOGISTICA	7.1.CHI.1	DIAGNOSTICA ANATOMOPATOLOGICA TEMPESTIVA La refertazione del pezzo anatomico successiva al trattamento chirurgico è effettuata con tempestività	5	Monitoraggio dei tempi di refertazione	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	70%	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.ONC.2	PSICO ONCOLOGIA E' assicurato un supporto psicologico adeguato al paziente	3	Esempi di programmi ed azioni specifiche per il supporto psicologico, in coerenza con le indicazioni regionali				SI	Monitoraggio interno
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.ONC.2	TEMPI DI TRATTAMENTO L'attivazione del trattamento (chemioterapico, radioterapico e chirurgico) è tempestivo	6	Monitoraggio dei tempi di inizio del trattamento	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	95%	Monitoraggio interno
					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	80%	Revisione documentazione clinica
					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	70%	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO ONCOLOGICO

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.ONC.3	SICUREZZA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO Sono correttamente applicate le pratiche per la sicurezza del paziente e le raccomandazioni ministeriali pertinenti i percorsi oncologici		Monitoraggio dell'applicazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 per la prevenzione degli errori con farmaci antineoplastici				SI	Monitoraggio interno
			5	Monitoraggio dell'applicazione della Raccomandazione Ministeriale n. 10 prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati in terapia				SI	Monitoraggio interno
				Monitoraggio dell'applicazione del Livello di base della Pratica "CTA" per la sicurezza dei pazienti (centralizzazione delle preparazioni dei farmaci antitumorali)				SI	Monitoraggio interno
			Altro						
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.ONC.3	CONTINUITA' DI CURA Sono presenti strumenti che supportano la continuità del processo di cura	4	Monitoraggio della completezza delle informazioni contenute nella lettera di dimissione utili alla prosecuzione del percorso di cura	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 è 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)	80%	Revisione documentazione clinica
			Altro						
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.ONC.4	CONTINUITA' OSPEDALE TERRITORIO PER IL PAZIENTE ONCOLOGICO Viene garantita la continuità delle cure oncologiche, comprese le cure fisioterapiche e riabilitative e di supporto	3	Monitoraggio dell'attivazione tempestiva delle risposte di continuità assistenziale	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	80%	Monitoraggio interno
			Altro						

REQUISITI DI PROCESSO ONCOLOGICO

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	3	Monitoraggio dell'attivazione dei servizi di cure palliative da parte delle strutture ospedaliere	Percentuale di dimessi con prenotazione al servizio di cure palliative	Numero dimessi con prenotazione al servizio di cure palliative	Totale pazienti dimessi eleggibili	90%	Monitoraggio interno
				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	2	Monitoraggio dell'attivazione dei servizi di cure palliative da parte dei MMG				SI	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO CHIRURGICO

	REQUISITO SPECIFICO	PESO	EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.CHI.1 TEMPI DI ATTESA Il tempo di attesa per gli interventi chirurgici programmati ospedalieri e ambulatoriali è coerente con il bisogno clinico	2	Monitoraggio dei tempi di attesa in base alle classi di priorità	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	90%	Monitoraggio interno
			Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.CHI.2 SCHEDE PROPOSTA 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	Report periodico di monitoraggio della completezza della compilazione della scheda	Percentuale di schede compilate in maniera completa	Numero di schede compilate in maniera completa	Numero di pazienti con proposta di intervento	90%	Monitoraggio interno
			Altro					
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.CHI.1 PRECONSENSO Contestualmente alla proposta di intervento chirurgico al Paziente vengono illustrati gli elementi di informazione sull'intervento ed i rischi dell'intervento	1	Indagini con gli utenti che misurano la percezione della completezza delle informazioni fornite	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	90%	Indagine con gli utenti
			EVIDENZA SUGGERITA Registrazione nella cartella di preospedalizzazione della consegna dell'informativa specifica per l'intervento chirurgico				90%	Revisione della documentazione clinica
			Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.CHI.3 TRASPARENZA E' garantita una modalità omogenea e trasparente per l'accesso alle prestazioni chirurgiche sia in modalità istituzionale che in libera professione	2	Modalità codificate e formalizzate di gestione del registro di prenotazione chirurgica				SI	Documento
			Report sull'aderenza effettiva alle classi di priorità definite				SI	Monitoraggio interno
			Registrazione del rilascio al paziente, al momento della conferma della proposta di intervento, del numero di inserimento in lista e della classe di priorità				SI	Monitoraggio interno
			Altro					

REQUISITI DI PROCESSO CHIRURGICO

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.CHI.4	PREOSPEDALIZZAZIONE EFFICACE E' attivata la pre-ospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmati	2	Monitoraggio della degenza media pre-operatoria	Degenza media preoperatoria per interventi chirurgici programmati	Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico	Miglioramento rispetto anno precedente	Sistema di valutazione delle performance
				Monitoraggio dell'applicazione di protocolli standard degli esami di preospedalizzazione				SI	Monitoraggio interno
				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				SI	Monitoraggio interno
				EVIDENZA SUGGERITA Presenza di protocolli di preospedalizzazione differenziati per classe di rischio e grado di chirurgia				SI	Documento
				EVIDENZE SUGGERITE Monitoraggio del numero di preospedalizzazioni ripetute sullo stesso paziente in relazione al numero interventi rinviati				SI	Monitoraggio interno
				EVIDENZE SUGGERITE La preospedalizzazione è completata in un'unico accesso				70%	Revisione della documentazione clinica
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.CHI.1	GOM E' effettuata una valutazione multidimensionale del paziente oncologico che deve effettuare intervento chirurgico	2	Monitoraggio delle percentuali di pazienti sottoposti a valutazione multidimensionale preintervento nei casi eligibili	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	90%	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO CHIRURGICO

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.CHI.2	APPROPRIATEZZA SETTING La prestazione sanitaria è erogata nell'appropriato setting assistenziale	2	Monitoraggio dell'appropriatezza del setting assistenziale	Percentuale media di raggiungimento degli standard dei DRG LEA Chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza	Somma delle percentuali di raggiungimento degli standard dei DRG Chirurgici LEA	Numero di DRG LEA Chirurgici erogati	Miglioramento rispetto anno precedente	Sistema di valutazione delle performance
				Protocolli di ammissione e dimissione per i pazienti eligibili in day surgery e chirurgia ambulatoriale				SI	Monitoraggio interno
			Altro						
GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	3.2.CHI.1	CONSENSO INFORMATO 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	99%	Revisione della documentazione clinica
			Altro						
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.CHI.3	PREVENZIONE TVP L'organizzazione adotta modalità appropriate per la prevenzione della TVP	2	Monitoraggio dell'adozione di algoritmi per la prevenzione della TVP	Percentuale di cartelle cliniche applicabili ove vi è evidenza della applicazione dell'algoritmo per la prevenzione della TVP secondo i criteri stabiliti nella procedura			90%	Revisione della documentazione clinica
					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	raccolta del dato	Sistema di valutazione delle performance
			Altro						
GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	3.2.CHI.2	VALUTAZIONE ANAMNESTICA 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	La valutazione anamnestica raccolta in fase di preospedalizzazione viene rilevata e validata al momento del ricovero ai fini della corretta gestione del paziente	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	90%	Revisione della documentazione clinica
			Altro						

REQUISITI DI PROCESSO CHIRURGICO

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.CHI.4	INTERVENTO POST TRAUMA Il paziente traumatizzato è gestito in maniera appropriata e tempestiva	3	Monitoraggio della tempestività nella gestione del paziente con frattura di femore	Percentuale di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni	Numero interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni x 100	Numero interventi per frattura del collo del femore	Miglioramento rispetto anno precedente	Sistema di valutazione delle performance
				Monitoraggio della durata del ricovero dei casi di frattura diversa dal femore	Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico	Miglioramento rispetto anno precedente	Sistema di valutazione delle performance
			Altro						
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.CHI.5	PROTOCOLLO URGENZE L'utilizzo delle sale operatorie è adeguatamente regolamentato in relazione alle urgenze/emergenze chirurgiche	2	Regolamento dei blocchi operatori che descrive le modalità di gestione in relazione alle urgenze/emergenze chirurgiche				SI	Documento
			Altro						
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.CHI.6	BLOCCO OPERATORIO L'utilizzo efficiente del blocco operatorio avviene è assicurato con adeguati strumenti gestionali	4	Programmazione su base settimanale delle liste operatorie per interventi elettivi				SI	Documento
				Monitoraggio del rispetto dei tempi programmati per inizio e fine delle sedute chirurgiche				SI	Monitoraggio interno
				Monitoraggio degli interventi cancellati o rimandati				SI	Monitoraggio interno
			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				SI	Monitoraggio interno
			Altro						

REQUISITI DI PROCESSO CHIRURGICO

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.CHI.5	SICUREZZA IN SALA OPERATORIA E' presente un sistema di gestione della sicurezza in sala operatoria	5	Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali e PSP regionale per la gestione della sicurezza in sala operatoria	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	95%	Monitoraggio interno
					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	95%	Monitoraggio interno
					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	95%	Monitoraggio interno
					Percentuale di procedure effettuate con tracciabilità del materiale impiantato	Numero di procedure effettuate con tracciabilità del materiale impiantato	Numero totale procedure applicabili	95%	Monitoraggio interno
					Percentuale di procedure effettuate con conteggio strumentario chirurgico	Numero di procedure effettuate con conteggio strumentario chirurgico	Numero totale procedure	95%	Monitoraggio interno
					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		1	Monitoraggio interno
	Altro								
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.CHI.6	VOLUMI SOGLIA Sono garantiti i volumi soglia di casistica e di procedure chirurgiche definiti a livello regionale e nazionale in base a standard di qualità internazionali	2	Monitoraggio degli standard volumi soglia per le specifiche casistiche e procedure				1	Monitoraggio interno
					Altro				

REQUISITI DI PROCESSO CHIRURGICO

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.CHI.7	ACCESSO ALLA RIABILITAZIONE L'accesso alla fase riabilitativa è appropriato ed efficace	3	Monitoraggio dell'arruolamento ai programmi riabilitativi	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	90%	Revisione della documentazione clinica
					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	90%	Revisione della documentazione clinica
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO MATERNO INFANTILE

	REQUISITO SPECIFICO	PESO	EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	Fonte	
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.MAT.1	1	ACCESSO POPOLAZIONE STRANIERA Sono presenti modalità per favorire l'accesso ai servizi della popolazione straniera e per la riduzione del tasso di abortività volontaria ripetuta	Presenza di mediazione linguistico culturale a livello consultoriale			SI	Monitoraggio interno	
			Monitoraggio del tasso di IVG	IVG nelle donne straniere rispetto alle donne italiane	Tasso IVG di donne straniere	Tasso IVG di donne italiane	Miglioramento anno precedente	Sistema di valutazione delle performance	
			Altro						
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.MAT.1	1	LIBRETTO DI GRAVIDANZA La consegna del libretto di gravidanza è gestita in maniera appropriata	Documento organizzativo che predispone tempi e modalità adeguate per la consegna del libretto di gravidanza	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	90%	Indagine con gli utenti
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.MAT.2	2	PREPARAZIONE AL PARTO Vengono assicurate modalità organizzative in grado di favorire l'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita	Sistemi di offerta, prenotazione e remind dei corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) che favoriscono l'accesso dei vari target di utenti	Accesso al CAN primipare residenti per titolo di studio	Percentuale donne primipare residenti con titolo di studio basso con almeno 3 presenze al can	Percentuale donne primipare residenti con titolo di studio alto con almeno 3 presenze al can	50%	Sistema di valutazione delle performance
					Percentuale di primipare residenti (anni) con almeno tre presenze al CAN	Numero di primipare residenti che partecipano al corso	Numero di primipare residenti	50%	Sistema di valutazione delle performance
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.MAT.3	5	PARTOANALGESIA Sono offerte modalità differenziate di gestione del dolore nel parto	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	raccolta del dato	Revisione della documentazione clinica
					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	raccolta del dato	Revisione della documentazione clinica
					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	80%	Revisione della documentazione clinica
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO MATERNO INFANTILE

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.MAT.1	DIAGNOSI PRECOCE DELLA SEPSI IN OSTETRICIA 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				SI	Monitoraggio interno
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	6.1.MAT.4	PERSONALIZZAZIONE DEI Percorsi 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				SI	Monitoraggio interno
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	6.1.MAT.5	VALUTAZIONE OSTETRICA IN INGRESSO E' attivo un sistema strutturato di accettazione/accoglienza/valutazione in ingresso che garantisce la tempestività nell'indirizzare la gestante al percorso appropriato	2	Monitoraggio della valutazione alla presentazione	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	90%	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.MAT.2	APPROPRIATEZZA GESTIONE PARTO La gestione del parto avviene in coerenza con le indicazioni di appropriatezza della letteratura internazionale	3	Monitoraggio del ricorso al parto cesareo, all'induzione farmacologica e all'episiotomia	Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti deparati (NTSV)	Numero di parti cesarei deparati (ntsv)	Numero di parti deparati (ntsv)	18%	Sistema di valutazione delle performance
					Percentuale di parti con induzione	Numero di parti vaginali con induzione	Numero di parti vaginali	20%	Sistema di valutazione delle performance
					Percentuale di episiotomie su parti vaginali deparati (NTSV)	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali deparati (ntsv)	Numero di parti vaginali deparati (ntsv)	18%	Sistema di valutazione delle performance
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.MAT.3	SICUREZZA DELLA DONNA E DEL BAMBINO NELLA GESTIONE DEL PARTO Sono applicate le PSP di pertinenza del percorso nascita	4	Monitoraggio applicazione del livello base della PSP Emorragia Post Partum, check list di sala parto, distocia di spalla)				SI	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO MATERNO INFANTILE

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.MAT.4	COMPETENZE PER LA RIANIMAZIONE IN SALA PARTO Gli operatori sono formati sulla rianimazione neonatale (Golden Minute) e sulla stabilizzazione neonatale in attesa di trasferimento (Golden Hour)	2	Piano formazione che comprende contenuti sulla rianimazione e sulla stabilizzazione neonatale	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	95%	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.MAT.5	SICUREZZA DEL NEONATO NELLE PRIME DUE ORE DI VITA Viene garantita una valutazione qualitativa del periodo di transizione	3	Monitoraggio applicazione delle modalità per la prevenzione di eventi avversi nelle prime due ore di vita del neonato	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			90%	Revisione della documentazione clinica
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.MAT.6	ROOMING IN Sono previste offre modalità differenziate di assistenza al neonato	3	Procedure per l'organizzazione della nursery e del rooming-in neonato				SI	Documento
				Altro					
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.MAT.2	GESTIONE LUTTO 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				SI	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO MATERNO INFANTILE

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.MAT.6	PROMOZIONE ALLATTAMENTO Esistono politiche condivise ed applicate in tutto il punto nascita sulla promozione dell'allattamento materno		Procedure sulla promozione dell'allattamento materno coerenti con gli impegni regionali nell'ambito della strategia Unicef				SI	Documento
			2	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			90%	Monitoraggio interno
					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			80%	Monitoraggio interno
			Altro						
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.MAT.7	GESTIONE DEL POST PARTUM 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	57%	Sistema di valutazione delle performance
			Altro						
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.MAT.8	CONTINUITA' ASSISTENZIALE L'assistenza pediatrica territoriale viene resa disponibile al momento del parto	1	Monitoraggio dell'attribuzione tempestiva del pediatra di famiglia	Percentuale di neonati ai quali è stato attribuito il pediatra di famiglia prima della dimissione.			60%	Monitoraggio interno
			Altro						

REQUISITI DI PROCESSO MEDICO

		REQUISITO SPECIFICO	PESO	EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FORTE
ORGANIZZAZIONE E DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.MED.1	APPROPRIATEZZA RICOVERI Le informazioni associate al ricovero, la tempistica ed il setting di ricovero assicurano una gestione appropriata dei ricoveri	4	Protocolli con esplicitazione dei criteri di ricovero condivisi tra PS e aree di degenza	% utenti ricoverati in coerenza con i criteri definiti	Numero di utenti ricoverati in coerenza con i criteri condivisi	Numero di utenti ricoverati	SI	Monitoraggio interno
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.MED.2	GESTIONE DEI FLUSSI DAL PS Sono assicurate modalità di gestione dei posti letto che consentono una gestione condivisa tra PS e reparto	3	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	% pazienti accettati in ricovero entro 2 ore dalla chiusura del caso con 'destinazione ricovero' da parte del PS			70%	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.MED.1	APPROPRIATEZZA SETTING DI RICOVERO La prestazione sanitaria è erogata nell'adeguato setting assistenziale	3	Monitoraggio dell'appropriatezza del setting di ricovero	Percentuale di standard raggiunti per TO std dei DRG medici ad alto rischio di inapproprietezza	Somma delle percentuali di raggiungimento degli standard	N. DRG Medici LEA erogati	< 22%	Sistema di valutazione delle performance
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.MED.2	INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO Il primo inquadramento diagnostico comprensivo di iter clinico è completato e condiviso nell'equipe entro 24 ore dal ricovero	3	Monitoraggio delle tempistiche adeguate	% cartelle cliniche con anamnesi, esame obiettivo e impostazione terapia di urgenza effettuata entro 6 ore dal ricovero	Numero di cartelle cliniche con anamnesi, esame obiettivo e impostazione terapia di urgenza effettuata entro 6 ore dal ricovero	Numero di cartelle cliniche analizzate	95%	Revisione della documentazione clinica
					% cartelle cliniche con ipotesi diagnostica ed iter clinico discusso nella equipe entro 24 ore	Numero di cartelle cliniche con ipotesi diagnostica ed iter clinico discusso nella equipe entro 24 ore	Numero di cartelle cliniche analizzate	70%	Revisione della documentazione clinica
				Altro					
ORGANIZZAZIONE E DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.MED.3	SEGNALAZIONE TEMPESTIVA DEI PAZIENTI CON DIMISSIONI COMPLESSE Sono assicurate adeguate modalità di dimissione del paziente complesso ai fini della continuità assistenziale	3	Monitoraggio dell'attivazione tempestiva delle risposte di continuità	% 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	80%	Monitoraggio interno
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.MED.4	PIANIFICAZIONE DELLA DEGENZA L'iter del ricovero viene programmato nelle sue tappe essenziali (principali esami diagnostici, terapia, previsione di dimissioni) e condiviso nella equipe	5	Monitoraggio della registrazione proattiva delle tappe essenziali	% di cartelle cliniche dove vi è evidenza della pianificazione del ricovero	Numero di cartelle cliniche con evidenza della pianificazione del ricovero	Numero di cartelle cliniche analizzate	90%	Revisione della documentazione clinica
				EVIDENZA SUGGERITA Sono adottate modalità di lavoro in equipè multiprofessionale per la discussione giornaliera dei casi a maggiore complessità ai fini di un processo decisionale congiunto				SI	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO MEDICO

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	Monitoraggio dei tempi di attesa per l'effettuazione degli esami e la consegna dei risultati della prestazione	% prestazioni realizzate e refertate nei tempi concordati	Numero prestazioni realizzate nei tempi concordati	Totale prestazioni effettuate	90%	Monitoraggio interno
				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	Monitoraggio della efficacia del raccordo con le strutture di oncologia di riferimento	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	80%	Revisione della documentazione clinica
					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	90%	Revisione della documentazione clinica
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.MED.6	GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO Sono adottate modalità adeguate per l'inserimento dei pazienti con malattie croniche nei percorsi specifici per la cronicità	3	Monitoraggio delle segnalazioni dei pazienti cronici per l'inserimento nei percorsi CCM	% 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	70%	Revisione della documentazione clinica
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.MED.7	PIANIFICAZIONE DELLA DIMISSIONE La data di dimissione viene pianificata per tempo per assicurare l'attivazione delle risposte di continuità	6	Monitoraggio della pianificazione della dimissione	% 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	70%	Revisione della documentazione clinica
					% dimissioni entro le ore 12.00	Numero di pazienti dimessi entro le ore 12.00	Numero di pazienti dimessi	20%	Monitoraggio interno
					% 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	75%	Indagine con gli utenti
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO EMERGENZA

		REQUISITO SPECIFICO	PESO	EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.EM.1	CRITERI DI INVIO DEL MEZZO DI SOCCORSO Viene monitorato il rispetto dei criteri per l'invio dei mezzi di soccorso	1	Presenza di report interni, aggiornati con cadenza almeno annuale, sul rispetto dei criteri per l'invio del mezzo di soccorso				SI	Monitoraggio interno
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.EM.2	RIVALUTAZIONE SULL'OBIETTIVO Viene effettuato il riscontro rapido all'arrivo sul target	1	Presenza di report interni, aggiornati con cadenza almeno annuale, sul rispetto della procedura di riscontro rapido all'arrivo sul target				SI	Monitoraggio interno
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.EM.3	TEMPESTIVITA' INVIO MEZZO DI SOCCORSO I mezzi di soccorso sono inviati tempestivamente in coerenza con gli standard ministeriali	2	Monitoraggio della tempestività dell'intervento	Intervallo Allarme/Target			75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo inferiore a 17 minuti	Sistema di valutazione delle performance
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.EM.1	SICUREZZA DEL PAZIENTE Sono correttamente applicate le pratiche per la sicurezza del paziente nel sistema dell'emergenza urgenza	3	Monitoraggio dell'applicazione delle pratiche sicurezza paziente nel sistema dell'emergenza urgenza	Controllo presenza materiale sanitario a bordo dei mezzi di soccorso			SI	Monitoraggio interno
					Conservazione farmaci termolabili in uso in emergenza territoriale			SI	Monitoraggio interno
					Gestione farmaci stupefacenti			SI	Monitoraggio interno
					Altro				

REQUISITI DI PROCESSO EMERGENZA

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.EM.4	ATTRIBUZIONE CODICE TRIAGE E RIVALUTAZIONE E' operativo un sistema per la corretta attribuzione e la rivalutazione del codice triage	2	Monitoraggio della Raccomandazione Ministeriale n. 15 specifica del percorso Emergenza Urgenza	Percentuale casi con corretta attribuzione di codice	Numero di casi con corretta attribuzione di codice	Numero di casi rivisti	95%	Revisione della documentazione e clinica
					Percentuale pazienti che hanno avuto una modifica del codice in area di triage			SI	Revisione della documentazione e clinica
			Altro						
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.EM.2	RIVALUTAZIONE IN PS Esiste un sistema per la rivalutazione del deterioramento clinico dei pazienti durante la presenza in Pronto Soccorso	2	Protocollo di gestione del deterioramento clinico che prevede tempi definiti per la rivalutazione del caso	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	90%	Revisione della documentazione e clinica
					Altro				
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.EM.3	GESTIONE DEL CODICE ROSSO Il paziente in sala rossa è gestito in maniera tempestiva ed appropriata	2	Monitoraggio del percorso specifico per i codici rossi	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	90%	Revisione della documentazione e clinica
					Altro				
GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	3.1.EM.1	PRESCRIZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI Il pronto soccorso ha una modalità di gestione della terapia che ne garantisce la tracciabilità per prescrizione e somministrazione	2	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				SI	Revisione della documentazione e clinica
					Altro				

REQUISITI DI PROCESSO EMERGENZA

GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	3.1.EM.2	TEMPI DI PERCORSO PER I CODICI VERDI Sono rispettati adeguati tempi di percorso per i pazienti con codice verde	2	Monitoraggio del percorso del paziente con codice verde	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	83%	Sistema di valutazione delle performance
				Altro					
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.EM.1	GESTIONE DELL' ATTESA La comunicazione sui tempi e sulle modalità di attesa al PS è efficace	1	Monitoraggio dell'efficacia della comunicazione all'utente	Percentuale pazienti che conoscono il proprio codice colore	Numero pazienti che conoscono il proprio codice colore	Totale pazienti con codice colore attribuito	70%	Indagine con gli utenti
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.EM.6	RISPETTO TEMPI DI ATTESA Sono rispettati i tempi d'intervento previsti per il codice di priorità attribuito al triage	1	Monitoraggio della tempestività dell'intervento in funzione del codice triage	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 1.000	Popolazione Residente	83 per 1000	Sistema di valutazione delle performance
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.EM.4	MONITORAGGIO PERCORSI PER LE PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI 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	Monitoraggio dell'adesione ai criteri di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale definiti				1 per patologia	Revisione della documentazione e clinica
				EVIDENZA SUGGERITA Verbali di discussione di specifici report sull' adesione e conseguenti piani di miglioramento				> 1 per anno	Documento
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO EMERGENZA

GESTIONE PROCESSI DI SUPPORTO E LOGISTICA	7.1.EM.1	INTERAZIONE CON I SERVIZI DI SUPPORTO 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	Monitoraggio dei tempi di attesa per l'effettuazione degli esami, consegna dei risultati della prestazione, consulenze e trasporti	Percentuale risposte effettuate nei tempi predefiniti	Numero risposte effettuate nei tempi stabiliti	Totale risposte effettuate	90%	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.EM.5	GESTIONE DANNO CEREBRALE ACUTO Esiste un percorso per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto	2	Monitoraggio tempestività consulto neuroradiologico	Percentuale di lesioni cerebrali acute in PS per cui si effettua un consulto spoke-hub attraverso RISPACS	Numero di consulti spoke-hub attraverso rispacs	Numero lesioni cerebrali acute in PS	SI	Monitoraggio interno
				Procedura per la gestione in PS del paziente con danno cerebrale acuto coerente con le indicazioni regionali				SI	Documento
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.EM.7	TASSO DI ABBANDONI L'organizzazione opera per minimizzare il tasso di abbandono del Pronto Soccorso	2	Monitoraggio tasso di abbandono	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	Numero abbandoni in Pronto Soccorso	Numero accessi in Pronto Soccorso	SI	Sistema di valutazione delle performance
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO EMERGENZA

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.EM.8	OSSERVAZIONE BREVE I tempi di permanenza dei pazienti in Osservazione Breve sono appropriati	2	Monitoraggio dei tempi di permanenza in OBI	Percentuale di pazienti con tempo di permanenza superiore alle 48h	% di pazienti con permanenza superiore alle 48h	Numero totale dei pazienti in OBI	90%	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.EM.6	RIACCESSI Efficacia dell'intervento in PS e/o nell'assistenza territoriale dopo l'uscita	3	Monitoraggio dei riaccessi in PS	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	Numero accessi ripetuti entro 72 ore in qualunque PS Toscano per qualsiasi causa	Numero di accessi effettuati da pazienti residenti in Toscana, con un esito compatibile con la possibilità di effettuare un accesso ripetuto	5,4%	Sistema di valutazione delle performance
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.EM.9	CODICE ROSA Esiste un percorso codificato e monitorato per la protezione delle vittime di violenza e maltrattamenti	2	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				SI	Documento
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.EM.10	PAZIENTI PEDIATRICI Al paziente pediatrico è assicurato l'accesso a cure tempestive ed appropriate in emergenza urgenza	3	Monitoraggio corretta applicazione del modello di gestione previsto dalla Rete clinica emergenza pediatrica				SI	Documento
				Altro					

REQUISITI PROCESSO AREA CRITICA

	REQUISITO SPECIFICO	PESO	EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	Fonte	
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.CRI.1	APPROPRIATEZZA Sono presenti criteri che definiscono il setting appropriato di cura	6	Protocolli di eleggibilità dei pazienti in Area critica (TI, Sub-intensiva, 'centralizzazione' del caso, ove prevista, in un'ottica di rete)	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	80%	Revisione della documentazione clinica
				Altro					
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.CRI.1	POLITICHE FINE VITA Esiste ed è applicata una linea di indirizzo che regola i trattamenti del fine vita in rianimazione	4	Procedura approvata dal Comitato Etico	Percentuale di decessi con attivazione procedura trattamenti fine vita	N. 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	70%	Revisione della documentazione clinica
				Altro					
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.CRI.2	TERAPIE INTENSIVE APERTE 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	Regolamento che assicura la possibilità per un familiare di essere presente durante le 24 h	Percentuale ore di apertura per le visite sulle 24 h	Numero ore di apertura per le visite	24 h	12 h	Documento
				Presenza di cartelli e materiale informativo per i visitatori per promuovere il lavaggio delle mani				SI	Monitoraggio interno
				Piano formazione con adeguati contenuti sulle tecniche di relazione	Percentuale di medici ed infermieri che hanno partecipato a formazione specifica sulla comunicazione con pazienti e familiari	Numero di medici ed infermieri che lavorano in area critica che hanno partecipato a formazione specifica sulla comunicazione	Numero di medici ed infermieri che lavorano in area critica	70%	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.CRI.2	SUPPORTO PSICOLOGICO E' garantito un supporto psicologico adeguato al paziente ed ai familiari	3	Esempi di azioni per il supporto psicologico alla famiglia ed al paziente				SI	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI PROCESSO AREA CRITICA

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.CRI.3	CONTROLLO RISCHIO INFETTIVO Il personale è formato e informato su protocolli e PSP in merito al controllo del rischio infettivo	6	Riunioni di formazione/aggiornamento sull'andamento del rischio infettivo	Percentuale di operatori che lavorano in area critica per i quali vi e' 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	90%	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.CRI.4	VALUTAZIONE DEL DOLORE NEI PAZIENTI IN STATO DI SEDAZIONE Sono utilizzate procedure e strumenti di rilevazione del dolore che tengono conto della specificita' dell'area critica, ovvero adatti per il malato sotto sedazione	4	Monitoraggio della rilevazione del dolore in pazienti in stato di sedazione	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	80%	Revisione della documentazione clinica
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.CRI.1	FOLLOW UP Sono presenti modalità per assicurare un follow up finalizzato alla valutazione dell'esperienza del paziente	3	Monitoraggio in follow up a 6 o 12 mesi dei pazienti che sono stati ricoverati in TI per almeno 5 giorni	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	20%	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.CRI.5	HANDOVER Il trasferimento del malato dalla T.I. alla degenza viene effettuato garantendo la continuità assistenziale medica e infermieristica	5	Procedura che garantisce continuità assistenziale durante il trasferimento del malato dalla TI alla degenza				SI	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.CRI.6	PREVENZIONE DELLA VAP Sono messe in atto le pratiche per la prevenzione della polmonite associata a ventilazione	4	Monitoraggio (Applicazione del Livello base della Pratica per la sicurezza del paziente "VAP")				SI	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO RIABILITAZIONE

		REQUISITO	PESO	EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.RIAB.1	APPROPRIATEZZA CLINICA I pazienti eleggibili alle varie modalità vengono identificati attraverso una corretta valutazione secondo criteri di provata efficacia	6	Protocolli specifici per le diverse tipologie di percorso	Percentuale di pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile	Numero pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile	Totale pazienti in carico	95%	Revisione documentazione clinica
				EVIDENZA SUGGERITA E' previsto il coinvolgimento attivo del paziente nella costruzione del progetto riabilitativo				30%	Revisione documentazione clinica
				EVIDENZA SUGGERITA Sono adottati programmi di riabilitazione preoperatoria per i casi eleggibili				SI	Monitoraggio interno
				EVIDENZA SUGGERITA Il bisogno riabilitativo post-chirurgico viene valutato a partire dalla fase di preospedalizzazione				70%	Revisione documentazione clinica
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.RIAB.1	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA RIABILITAZIONE OSPEDALIERA Viene attuata una stratificazione del bisogno appropriata	6	Monitoraggio dell'attivazione precoce dell'intervento riabilitativo	Percentuale di pazienti per i quali viene attivato tempestivamente l'intervento riabilitativo precoce post chirurgico nei casi eleggibili	Numero di pazienti con inizio precoce della riabilitazione post-chirurgica secondo criteri di appropriatezza	Numero di pazienti eleggibili	90%	Revisione documentazione clinica
				Monitoraggio dell'appropriatezza del setting ospedaliero	Percentuale di pazienti ammessi a percorsi riabilitativi ospedalieri che presentano comorbilità ed instabilità clinica	Numero pazienti ammessi al codice 56 con comorbilità ed instabilità clinica	Totale pazienti ammessi al codice 56	95%	Revisione documentazione clinica
				Monitoraggio dei ricoveri ordinari in codice 56 in continuità col ricovero precedente	Percentuale di ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno	Numero di ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno x 100	Numero di ricoveri in cod. 56	< 10,5 %	Sistema di valutazione delle performances
				Monitoraggio dei trasferimenti non programmati in un reparto per acuti	Percentuale di pazienti trasferiti non programmati in reparto per acuti	Numero di pazienti trasferiti non programmati in un reparto per acuti	Numero di ricoveri in cod. 56	< 10 %	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.RIAB.2	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA RIABILITAZIONE EXTRAOSPEDALIERA Viene attuata una stratificazione del bisogno appropriata	6	Monitoraggio dell'appropriatezza del setting extra-ospedaliero	Percentuale di pazienti ammessi nel percorso riabilitativo extra ospedaliero che risultano a bassa complessità clinica	Numero pazienti a bassa complessità clinica ammessi a percorsi riabilitativi extra ospedalieri	Totale pazienti ammessi a percorsi riabilitativi extra ospedalieri	95%	Revisione documentazione clinica
				Monitoraggio dei ricoveri in urgenza di pazienti dimessi da ospedale e gestiti in setting di riabilitazione extraospedaliero	Percentuale di pazienti dimessi dall'ospedale ed in riabilitazione extraospedaliera che effettuano un altro episodio di ricovero urgente (da PS) entro 30 giorni	Numero di reingressi	Totale pazienti in carico	< 10%	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO RIABILITAZIONE

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.RIAB.3	SISTEMI DI VALUTAZIONE Vengono utilizzati sistemi di classificazione e valutazione validati	8	Adozione ed utilizzo di sistemi di classificazione e valutazione validati e adatti a misurare in termini quantitativi gli obiettivi riabilitativi	Percentuale di pazienti sottoposti a valutazione clinica all'ingresso e all'uscita	Numero di pazienti a cui viene eseguita la valutazione	Numero pazienti ricoverati	SI	Monitoraggio interno
				Adozione ed utilizzo durante l'attività riabilitativa di sistemi di monitoraggio delle possibili complicanze				SI	Revisione documentazione clinica
				EVIDENZA SUGGERITA La valutazione comprende anche misure della qualità di vita secondo questionari validati (SF36, EOQL, CIQ)				SI	Monitoraggio interno
				Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.RIAB.4	EFFICACIA DELLA RIABILITAZIONE I percorsi riabilitativi programmati sono efficaci	6	Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi terapeutici	Percentuale di pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo	Numero pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi	Numero pazienti con progetto riabilitativo	80%	Revisione documentazione clinica
				EVIDENZA SUGGERITA Audit per la discussione dei dati su risultati ottenuti in termini di efficacia				Almeno due incontri anno	Documento (verbale)
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	6.1.RIAB.2	CONTINUITA' ASSISTENZIALE DOPO LA RIABILITAZIONE Alla dimissione dal percorso riabilitativo i pazienti, se necessario, vengono correttamente indirizzati alle risposte di continuità	4	Monitoraggio dei pazienti presi in carico dalle strutture di continuità	Percentuale di soggetti con bisogni socio assistenziali aperti alla dimissione del percorso riabilitativo che vengono presi in carico	Numero pazienti presi in carico	Totale pazienti che alla dimissione del percorso riabilitativo presentano bisogni socio assistenziali aperti	90%	Revisione documentazione clinica
				Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	6.1.RIAB.3	CONTINUITA' DEL PERCORSO RIABILITATIVO Viene correttamente gestito il passaggio del paziente ad altro setting riabilitativo laddove vi siano bisogni ancora aperti	4	Monitoraggio dei pazienti avviati al proseguimento del percorso riabilitativo in altro setting	Percentuale di pazienti ai quali sono state date indicazioni scritte in merito al proseguimento del programma riabilitativo, se ritenuto opportuno, in diverso setting			90%	Revisione documentazione clinica
				Monitoraggio degli interventi di educazione specifica del paziente	Percentuale di pazienti per i quali sono stati realizzati interventi di educazione specifica	Numero di interventi documentati di educazione del paziente	Numero di pazienti eleggibili	70%	Revisione documentazione clinica
				EVIDENZA SUGGERITA Viene redatta e consegnata al paziente la relazione di dimissione fisioterapica				70%	Monitoraggio interno
				Altro					

REQUISITI DI PROCESSO SALUTE MENTALE

			Peso Struttura terapeutico riabilitativa e/o socio sanitaria	Peso CSM	EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD BASE	Fonte
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.SM.1	INGRESSO NEL PERCORSO Sono definite e verificate le modalità di accesso al sistema dei servizi per la salute mentale		2	Rilevazione dei pazienti per modalità di accesso	Percentuale di pazienti presenti nelle modalità di: consulenza, valutazione complessa, assunzione in cura, presa in carico	Numero di pazienti valutati per singola modalità	Numero totale pazienti valutati	SI	Monitoraggio interno
					Discussione dei dati relativi le modalità di accesso al sistema dei servizi per la salute mentale				Almeno 1 riunione per anno con discussione dei dati su ingresso nel percorso	Documento (verbale)
					Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.1	PTRI Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è redatto in maniera completa		5	Monitoraggio della presenza nel PTRI di: diagnosi, valutazione del paziente, risorse individuali / familiari / sociali, aree di intervento prioritarie, obiettivi da raggiungere, modalità e tempi di valutazione degli obiettivi, tipologia di trattamento utilizzato, consenso dell'utente (o di chi ne esercita legalmente la rappresentanza), case manager e, nel caso di un paziente "preso in carico", dell'equipe multiprofessionale di riferimento e del responsabile del percorso di cura	Percentuale di progetti terapeutici -che rispondono ai criteri di qualità predefiniti	Numero di progetti terapeutici che rispondono ai criteri di qualità predefiniti	Numero di progetti terapeutici redatti	90%	Revisione della documentazione clinica
					EVIDENZA SUGGERITA I criteri di ammissione e dimissione per i pazienti eligibili ai diversi percorsi riabilitativi e socio sanitari sono esplicitati e monitorati, compresi i progetti per l'inserimento lavorativo in collaborazione con gli enti locali.				90%	Revisione della documentazione clinica
					Altro					

REQUISITI DI PROCESSO SALUTE MENTALE

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.2	CONTINUITA' DEL PERCORSO DI CURA Viene assicurata la continuità del percorso di cura nel passaggio tra setting diversi	10		Il percorso individuale all'interno della Struttura terapeutico riabilitativa e/o socio sanitaria è redatto adeguatamente in riferimento al PTRI ed alla missione della struttura	Percentuale di percorsi adeguati	Numero di percorsi individuali adeguati	Numero utenti inseriti nelle strutture	90%	Revisione della documentazione clinica
					Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.3	MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA DI TRATTAMENTO Il trattamento in strutture terapeutico riabilitative e socio riabilitative è oggetto di verifiche periodiche	4	4	Monitoraggio delle verifiche dei programmi di trattamento	Percentuale di verifiche effettuate, su base almeno semestrale, da parte dei responsabili del PTRI	Numero di verifiche attuate	Numero di verifiche programmate	80%	Revisione della documentazione clinica
					Altro					
GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	3.1.SM.1	MONITORAGGIO PROGETTO TERAPEUTICO Viene valutato l'andamento dei casi in relazione allo specifico progetto terapeutico		4	Monitoraggio dei progetti terapeutici dei pazienti in carico	Percentuale di pazienti in carico con valutazione periodica almeno semestrale	Numero di pazienti in carico con valutazione periodica	Numero totale di pazienti in carico	70%	Revisione della documentazione clinica
					Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.4	TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO I dati relativi ai TSO sono conosciuti e discussi		3	Monitoraggio dei casi di TSO in soggetti adulti	Tasso di TSO relativo ai pazienti adulti seguiti dal Dipartimento Salute Mentale (presa in carico o assunzione in cura)	Numero di TSO in pazienti adulti seguiti dal Dipartimento Salute Mentale	Numero di pazienti adulti seguiti dal Dipartimento Salute Mentale (presa in carico o assunzione in cura)	SI	Monitoraggio interno
						Discussione dei dati relativi il tasso di TSO				Almeno 1 riunione per anno con discussione dei dati sui TSO
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.5	BRIEFING I casi sono discussi regolarmente da parte dell'equipe multiprofessionale	8	3	Riunione settimanale di équipe multiprofessionale per la discussione dei casi				SI	Monitoraggio interno
					Altro					

REQUISITI DI PROCESSO SALUTE MENTALE

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.6	CONTENZIONE IN STATO DI NECESSITA' La contenzione in stato di necessità (art.54 cpp) è effettuata in presenza di motivazione cogente e con modalità appropriate	3	4	Monitoraggio delle contenzioni in stato di necessità effettuate e delle segnalazioni di necessità di contenzione				SI	Documento
					Svolgimento di un audit con gli operatori coinvolti a seguito di ogni evento di contenzione in stato di necessità o segnalazione di necessità di contenzione				Audit per ogni evento di contenzione in stato di necessità	Documento (verbale)
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.SM.2	TRANSIZIONE TRA SERVIZI ETA' EVOLUTIVA E ADULTI E' assicurata la presa in cura dai servizi dell'età adulta dei soggetti seguiti dai servizi SMIA con modalità adeguate		2	Monitoraggio delle modalità di gestione dei casi di transizione dei pazienti segnalati prima della maggiore età	Percentuale di riunioni congiunte SMIA e SMA	Numero di pazienti per i quali e' stata effettuata una riunione congiunta	Numero di pazienti per i quali è appropriata la prosecuzione presso una struttura SMA	SI	Monitoraggio interno
					Discussione dei dati sul protocollo di transizione SMIA-SMA				Almeno una riunione per anno con discussione dei dati sul protocollo di transizione SMIA-SMA	Documento (verbale)
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.7	DOPPIA DIAGNOSI Viene assicurata la valutazione multidisciplinare congiunta dei pazienti con doppia diagnosi	2	2	Monitoraggio delle modalità di gestione dei casi di doppia diagnosi	Percentuale di adesione ai protocolli per le doppie diagnosi	Numero di pazienti trattati secondo protocollo	Numero di pazienti con doppia diagnosi	SI	Revisione della documentazione clinica
					EVIDENZA SUGGERITA Audit per la discussione dei dati su gestione dei casi di doppia diagnosi				Almeno due riunioni per anno con discussione dei dati sul protocollo doppia diagnosi	Documento (verbale)
					Altro					

REQUISITI DI PROCESSO SALUTE MENTALE

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.8	RIAMMISSIONI L'intervento terapeutico riabilitativo individualizzato è efficace		3	Monitoraggio delle riammissioni	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni di pazienti psichiatrici adulti dimessi da SPDC	Numero ricoveri ripetuti per pazienti residenti	Numero totale di ricoveri	< 5,47 %	Sistema di valutazione della performance
					EVIDENZA SUGGERITA Audit per la valutazione integrata dei dati relativi alle riammissioni				Almeno due riunioni per anno con discussione dei dati	Documento (verbale)
					Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.SM.9	RISCHIO SUICIDIO Sono adottati strumenti di prevenzione del rischio di suicidio	3	3	Protocolli per la prevenzione del rischio di suicidio				SI	Documento
					Monitoraggio dei tentativi di suicidio	Tasso di tentativi di suicidio dei pazienti in carico al servizio di salute mentale	Numero tentativi di suicidio	Numero totale pazienti in carico	SI	Monitoraggio interno
					Monitoraggio dei casi di suicidio	Tasso di suicidi dei pazienti in carico al servizio di salute mentale	Numero suicidi dei pazienti in carico	Numero totale pazienti in carico	SI	Monitoraggio interno
					Audit per la valutazione integrata dei dati che riguardano i tentativi di suicidio ed i casi di suicidio				Almeno una riunione per anno con discussione dei dati sui suicidi	Documento (verbale)
					Altro					
RISORSE UMANE	2.2.SM.1	RISCHIO AGGRESSIONE L'organizzazione si dota di strumenti di conoscenza del rischio aggressione per pianificare azioni preventive	5	2	Monitoraggio dei casi di aggressione agli operatori	Tasso di eventi aggressivi pericolosi	Numero di agiti aggressivi che mettono in pericolo l'incolumità di un operatore	Numero giornate di presenza degli utenti	SI	Monitoraggio interno
					Altro					
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.SM.1	VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI La qualità del servizio viene sottoposta a valutazione da parte degli utilizzatori	5	3	Esempi di iniziative adottate per la valutazione del servizio da parte degli utenti,				SI	Documento
					Altro					

REQUISITI PROCESSO DIPENDENZE

		REQUISITO	PESO (SERD e altre UO/UF delle aziende sanitarie pubbliche)	PESO (Strutture terapeutiche per persone con dipendenza patologica)	EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	APPLICABILITA'
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.DIP.1	PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE Sono realizzati eventi di prevenzione e promozione della salute	3		Rilevazione degli eventi di prevenzione e promozione della salute effettuati in coerenza con gli indirizzi della Regione Toscana				SI	Documento	SERD
					Altro						
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.DIP.2	ACCOGLIENZA E' adottata una politica di accoglienza tesa a garantire al nuovo utente piena accessibilità alle cure	2	4	Procedura che regola l'accoglienza, declinata e contestualizzata in ogni struttura ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale				SI	Documento	SERD, SERD penitenziario e strutture terapeutiche per persone con dipendenze patologiche
					Altro						
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.DIP.1	VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE I nuovi utenti sono valutati tempestivamente in modo multidisciplinare	4		Monitoraggio della valutazione multidisciplinare	Percentuale di valutazioni multidisciplinari (tossicologica, psichiatrica, psicologica e sociale) di utenti che accedono per la prima volta al SERD con diagnosi effettuata entro 30 gg dalla data di accesso	Numero di diagnosi entro 30 gg dalla data di accesso (esclusi "appoggiati" e "trasferiti")	Numero totale di nuovi utenti che accedono alla valutazione multidisciplinare	70%	Flusso dipendenze o elaborazione dati da HTH	SERD e SERD penitenziario. Non si applica alle strutture terapeutiche per persone con dipendenze patologiche
					Altro						
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.DIP.2	VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE NEI SERVIZI "COD" Viene effettuata una valutazione multidisciplinare tempestiva		5	Monitoraggio della valutazione multidisciplinare nei servizi "COD"	Percentuale di utenti che riceve entro 90 gg un approfondimento diagnostico e di orientamento di trattamento	Numero di approfondimenti diagnostici e di orientamento di trattamento entro 90 gg con relazione scritta inviata ai servizi	Numero nuovi utenti che accedono al servizio COD	90%	Flusso dipendenze o elaborazione dati da HTH	Strutture che erogano il servizio COD
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.DIP.3	SCREENING INFETTIVOLOGICI Vengono promosse attività di screening infettivologico per le principali patologie infettive droga-correlate	3		Monitoraggio delle proposte di screening screening infettivologico (HIV, HCV, HBV) ad utenti con patologie droga-alcol	Percentuale di screening infettivologico proposti	Numero di proposte di screening infettivologico	Numero utenti con patologie droga-alcol correlate	100%	Flusso dipendenze o elaborazione dati da HTH	
					Monitoraggio della esecuzione di screening screening infettivologico (HIV, HCV, HBV) in utenti con patologie droga-alcol	Percentuale di screening infettivologico effettuati	Numero di screening effettuati	Numero utenti con patologie droga-alcol correlate	20%	Flusso dipendenze o elaborazione dati da HTH	
					Altro						

REQUISITI PROCESSO DIPENDENZE

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	6.1.DIP.4	CONTINUITA' DEL PERCORSO DI CURA La presa in cura da parte delle strutture terapeutiche per persone con dipendenze patologiche è coerente con il progetto terapeutico	5	8	Presenza del progetto terapeutico, redatto dal SERD e preliminare e propedeutico all'invio nella struttura, con esplicitazione di obiettivi specifici	Percentuale di utenti inseriti nelle strutture con progetto terapeutico adeguato	Numero utenti inseriti nelle strutture con progetto terapeutico adeguato	Numero utenti inseriti nelle strutture	100%	Flusso dipendenze o elaborazione dati da HTH	
					Verifiche periodiche congiunte, da parte di SERD e della struttura terapeutica, del progetto e del percorso individuale	Percentuale di verifiche percorsi individuali redatti correttamente	Numero trattamenti individualizzati sottoposti almeno ogni 4 mesi a verifica	Numero trattamenti individualizzati attivati	80%	Flusso dipendenze o elaborazione dati da HTH	
					Il percorso individuale è redatto in coerenza con il progetto redatto dal SERD e con la mission della struttura	Percentuale di percorsi individuali redatti correttamente	Numero di percorsi individuali redatti in coerenza con il progetto del SERD e con il progetto della struttura	Numero utenti inseriti nelle strutture	SI	Monitoraggio interno	
					Altro						
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.DIP.3	PERCORSO TERAPEUTICO Sono adottati strumenti di comunicazione interna che integrano tutte le informazioni sul percorso terapeutico degli utenti	5	7	Monitoraggio della corretta compilazione della STU (applicazione livello di base della psp "scheda terapeutica unica")	Percentuale di STU correttamente compilate	Numero di STU correttamente compilate	Numero totale STU	80%	Flusso dipendenze o elaborazione dati da HTH	Anche per SERT penitenziario.
					Altro						
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	6.1.DIP.5	RIVALUTAZIONE PROGRAMMI TERAPEUTICI E' operativo un sistema per la corretta rivalutazione multidisciplinare dei programmi terapeutici	4		Rivalutazione multidisciplinare almeno annuale del programma terapeutico per gli utenti in trattamento da almeno un anno per patologie da uso di droghe e/o alcool	Percentuale di rivalutazioni annuali degli obiettivi del programma terapeutico	Numero di utenti con rivalutazione	Numero totale di utenti in trattamento	70%	Flusso dipendenze o elaborazione dati da HTH	
					Altro						
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.DIP.4	MONITORAGGIO ASSISTENZA FARMACOLOGICA Esiste un sistema di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva	2		Verbale di almeno due incontri annuali (uno a semestre) per l'analisi dei report periodici forniti dalla UO Farmacia per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva				SI	Documento	SERT
					Altro						

REQUISITI PROCESSO DIPENDENZE

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.DIP.5	RITENZIONE Sono messe in atto strategie per la ritenzione degli utenti in trattamento	3	Monitoraggio dell'indice di ritenzione	Indice di ritenzione degli utenti in carico per patologie da uso di droghe (dipendenza/abuso).	Numero utenti con diagnosi di patologie da uso e dipendenza da oppioidi e esiti di contatto di "presa in carico" o "inserimento in comunità terapeutica" o "inviato al MMG con PT ex art 43 DPR309/90", che hanno ricevuto almeno una prestazione nel precedente anno solare meno gli utenti con diagnosi di patologie da uso e dipendenza da oppioidi e esiti di contatto di "presa in carico" o "inserimento in comunità terapeutica" o "inviato al MMG con PT ex art 43 DPR309/90" con contatto chiuso con esito interrotto o chiuso automaticamente e non riaperto nell'anno solare	Numero utenti con diagnosi di patologie da uso e dipendenza da oppioidi e esiti di contatto di "presa in carico" o "inserimento in comunità terapeutica" o "inviato al MMG con PT ex art 43 DPR309/90", che hanno ricevuto almeno una prestazione nel precedente anno solare	60%	Flusso dipendenze o elaborazione dati da HTH	
				Altro						
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.DIP.6	RITENZIONE DEGLI UTENTI DELLE STRUTTURE TERAPEUTICHE PER PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE Sono messe in atto strategie per la ritenzione degli utenti in trattamento	7	Monitoraggio dell'indice di ritenzione	Indice di ritenzione degli utenti delle strutture terapeutiche	Numero degli utenti che hanno interrotto la presenza nella struttura (abbandono definitivo) in tempi antecedenti rispetto alla scadenza prevista dal piano di trattamento individualizzato	Numero degli utenti accolti nella struttura	SI	Flusso dipendenze o elaborazione dati da HTH	
				Audit almeno annuale interno all'equipe per l'analisi del dato relativo alla ritenzione				Incontro almeno annuale	Documento (verbale)	
				Altro						
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.DIP.6	REMISSIONE Esiste un sistema per il monitoraggio periodico della capacità di portare in remissione completa le patologie da uso di droghe o alcool (dipendenza/abuso)	4	Monitoraggio delle remissioni complete (sec ICD 9-CM) per patologie da uso di droghe	Percentuale di utenti con diagnosi di patologie da uso di droghe (dipendenza/abuso) in remissione completa	Numero utenti in trattamento da più di un anno per patologie da uso di droghe con ultima diagnosi, registrata nell'anno precedente, riportante la remissione completa	Numero utenti in trattamento da più di un anno per patologie da uso di droghe	SI	Flusso dipendenze o elaborazione dati da HTH	
				Monitoraggio delle remissioni complete (sec ICD 9-CM) per patologie da uso di alcool	Percentuale di utenti con diagnosi di patologie da uso di alcool (dipendenza/abuso) in remissione completa (sec ICD 9-CM)	Numero utenti in trattamento da più di un anno per patologie da uso di alcool con ultima diagnosi, registrata nell'anno precedente, riportante la remissione completa.	Numero utenti in trattamento da più di un anno per patologie da uso di alcool	SI	Flusso dipendenze o elaborazione dati da HTH	
				Monitoraggio delle remissioni complete (sec ICD 9-CM) per patologie da gioco d'azzardo	Percentuale di utenti con diagnosi di patologie da gioco d'azzardo in remissione completa (sec ICD 9-CM)	Numero utenti in trattamento da più di un anno per patologie da gioco d'azzardo con ultima diagnosi, registrata nell'anno precedente, riportante la remissione completa.	Numero utenti in trattamento da più di un anno per patologie da gioco d'azzardo	SI	Flusso dipendenze o elaborazione dati da HTH	
				EVIDENZA SUGGERITA Audit periodici relativi all'andamento delle remissioni				SI	Documento (verbale)	
			Altro							

REQUISITI PROCESSO DIPENDENZE

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI Percorsi	6.1.DIP.5	FOLLOW UP Sono adottate modalità per assicurare un adeguato follow up al termine del trattamento per patologie da uso di droghe e/o alcool (dipendenza/abuso)	3	5	Monitoraggio delle proposte di follow up per patologie da uso di droghe e/o alcool	Percentuale di utenti che hanno terminato il trattamento per patologie da uso di droghe e/o alcool nell'anno solare precedente a cui è stato proposto il follow up entro 6 mesi	Numero di utenti a cui è stato proposto il follow up	Numero di utenti che hanno terminato il trattamento per patologie da uso di droghe e/o alcool nell'anno solare precedente	10%	Monitoraggio interno	
					Monitoraggio dei follow up attivati per patologie da uso di droghe e/o alcool	Percentuale di follow up effettuati rispetto alle proposte	Numero di follow up effettuati entro 6 mesi dalla proposta in utenti con patologie da uso di droghe e/o alcool	Numero di utenti con patologie da uso di droghe e/o alcool con follow up proposto al termine del trattamento	20%	Monitoraggio interno	
					Monitoraggio delle proposte di follow up per patologie da gioco d'azzardo	Percentuale di utenti che hanno terminato il trattamento per patologie da gioco d'azzardo e/o tabagismo nell'anno solare precedente a cui è stato proposto il follow up entro 6 mesi.	Numero di utenti a cui è stato proposto il follow up	Numero di utenti che hanno terminato il trattamento per patologie da gioco d'azzardo e/o tabagismo nell'anno solare precedente	10%	Monitoraggio interno	
					Monitoraggio dei follow up effettuati per patologie da gioco d'azzardo e/o tabagismo	Percentuale di follow up effettuati entro 6 mesi per utenti con patologie da gioco d'azzardo e/o tabagismo a cui è stato proposto il follow up al termine del trattamento	Numero di follow up effettuati	Numero di utenti con patologie da gioco d'azzardo e/o tabagismo con follow up proposto al termine del trattamento	20%	Monitoraggio interno	
					Monitoraggio dei colloqui di follow up effettuati a conclusione del percorso in comunità	Percentuale di utenti che hanno concluso il percorso in comunità che ricevono un colloquio di follow up entro 12 mesi dalla conclusione del percorso	Numero di colloqui di follow up	Numero di utenti che hanno concluso il percorso in comunità	5%	Monitoraggio interno	Strutture terapeutiche per persone con dipendenze patologiche:
					Monitoraggio dati di follow up				Almeno un incontro annuale per l'analisi dei dati del follow up	Documento (verbale)	
					Altro						
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	4.1.DIP.1	VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI La qualità del servizio viene sottoposta a valutazione da parte degli utilizzatori	2	4	Rilevazione delle valutazioni del servizio da parte degli utenti				SI	Documento	
					Altro						

REQUISITI PROCESSO AMBULATORIALE (OUTPATIENTS)

REQUISITO	Lab	Rad	Spec	EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	Fonte		
Il processo Ambulatoriale Outpatient definisce i requisiti SPECIFICI di accreditamento per tutte le attività diagnostiche, terapeutiche e d assistenziali erogate in setting ambulatoriali, ad eccezione di quelle attività che sono già comprese nell'ambito degli altri "processi" (es. visita ambulatoriale per arruolamento processo chirurgico; preospedalizzazione; follow up; diagnostica per il paziente ricoverato ecc.)											
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.AMB.1	MODALITA' DI ACCESSO Esiste una strategia ed un insieme di azioni tese a garantire l'accessibilità, nei tempi dovuti	8	8	13	Presenza di modalità di accesso differenziate per primo accesso, controllo, follow up			SI	Monitoraggio interno	
						Agende con tempi di durata della visita/prestazione diversificati in base alle caratteristiche della prestazione			SI	Monitoraggio interno	
						Presenza di percorsi organizzativi diversificati (es. consulenza, percorso ambulatoriale, percorso ambulatoriale complesso, day service ambulatoriale) attivabili direttamente dopo il primo accesso			SI	Monitoraggio interno	
						Altro					
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.AMB.1	PRESCRIZIONI Esiste una strategia per il miglioramento della qualità delle prescrizioni		5		Registrazione (su RIS ovvero scheda ambulatoriale) della verifica di appropriatezza	Percentuale di verifiche registrate	Numero di prescrizioni complete di verifica di appropriatezza	Numero totale prescrizioni	30%	Monitoraggio interno
						EVIDENZA SUGGERITA Viene rilevata la presenza di chiara e completa motivazione nella richiesta di prestazione per fornire feed back ai soggetti inviati			SI	Monitoraggio interno	
						Altro					
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.AMB.2	REFERTAZIONE L'esito delle prestazioni e fornito con modalità e tempi adeguati	10	7	3	Rilevazione dei tempi di consegna del referto/relazione clinica				SI	Monitoraggio interno
						Audit periodici per l'analisi dei tempi di consegna e individuazione della azioni correttive				Almeno due incontri per anno	Documento (verbale)
						Revisione costante della completezza e qualità del referto prodotto	Percentuale di refertii correttamente compilati, ottimizzata a a partire dal monitoraggio puntuale dei referti di almeno il 5% delle prestazioni effettuate (rappresentativo per tutte le tipologie di prestazioni)	Numero referti compilati correttamente	Numero totale referti	95%	Revisione della documentazione clinica
						Evidenza suggerita Sono definiti e monitorati i criteri di qualità della relazione clinica ambulatoriale			SI	Monitoraggio interno	
						Altro					

REQUISITI PROCESSO AMBULATORIALE (OUTPATIENTS)

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.AMB.2	CONTROLLO QUALITA' I servizi di laboratorio e di diagnostica per immagini adottano sistemi di controllo qualità specifici	10	10		Protocolli con le modalità di validazione dei risultati strumentali						
						Rilevazione delle modalità di abbinamento utente/campione/Immagine				SI	Monitoraggio interno	
						Registrazione dei controlli routinari effettuati sulle apparecchiature diagnostiche					SI	Monitoraggio interno
						Evidenze suggerite Monitoraggio della dose erogata per prestazioni TC e Mammografia					SI	Monitoraggio interno
						Altro						
ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI	6.1.AMB.3	GESTIONE DELLA CAPACITA' E' definito e messo in atto un insieme di azioni coerenti per l'efficienza del processo nella fase precedente l'erogazione della prestazione	6	5	5	Monitoraggio delle prestazioni non eseguite per cause interne (es. guasto apparecchiature , difetto del sistema di gestione dei dati, difetto di preparazione paziente ecc.)	Percentuale di prestazioni non eseguite per cause interne	Numero di prestazioni richieste e non eseguite per cause interne	Numero totale di prestazioni richieste	< 1 %	Monitoraggio interno	
						Monitoraggio delle prestazioni non eseguite per cause esterne (incongruita' richiesta , utente non pervenuto ecc.)	Percentuale di prestazioni non eseguite per cause esterne	Numero di prestazioni richieste e non eseguite per cause esterne	Numero totale prestazioni richieste	SI	Monitoraggio interno	
						EVIDENZA SUGGERITA Sistemi di costruzione delle agende che consentono il riallineamento quotidiano della capacità rispetto alla domanda					SI	Monitoraggio interno
						EVIDENZA SUGGERITA Sistemi di remind e di reinserimento in prenotabilità immediata a seguito di cancellazioni					SI	Monitoraggio interno
						EVIDENZA SUGGERITA Audit periodico per la valutazione dei dati di efficienza del processo					Almeno due incontri per anno	Documento (verbale)
						Altro						
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.AMB.3	ALLERTA PER RISULTATI CRITICI I risultati critici sono trasmessi tempestivamente	6	5	7	Modalità per la trasmissione tempestiva dell'esito in caso di valori/risultati critici predefiniti al richiedente ed al paziente				SI	Monitoraggio interno	
						Altro						

REQUISITI PROCESSO AMBULATORIALE (OUTPATIENTS)

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	5.1.AMB.4	PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI AMBULATORIALI Sono adottate modalità adeguate per la gestione dei percorsi clinico assistenziali ambulatoriali e dei pazienti cronici		12	Monitoraggio della attivazione da parte dello specialista del percorso diagnostico che segue alla 'presa in cura' con la prescrizione di tutti gli accertamenti ritenuti necessari (sul ricettario SSN per le strutture pubbliche)				SI	Monitoraggio interno
					Protocolli per la riconciliazione terapeutica (applicazione del livello di base della PSP "riconciliazione")	Percentuale di applicazione della riconciliazione terapeutica	Numero di schede ambulatoriali dove vi è evidenza della applicazione	Numero di schede esaminate	70%	Revisione della documentazione clinica
					Protocolli di rinvio ad altro specialista o setting di assistenza	Percentuale di corretto rinvio	Numero di schede ambulatoriali dove vi è evidenza della corretta applicazione del protocollo	Numero di schede esaminate	70%	Revisione della documentazione clinica
					EVIDENZA SUGGERITA Sono programmati controlli ravvicinati in caso di prima prescrizioni che richiedono aggiustamenti terapeutici ed eventuali effetti collaterali				SI	Monitoraggio interno
					EVIDENZA SUGGERITA Sono adottati strumenti per la valutazione dell' adesione dei pazienti alle indicazioni terapeutiche ed agli stili di vita indicati				SI	Monitoraggio interno
					EVIDENZA SUGGERITA Programmazione e realizzazione di visite di gruppo per pazienti cronici, laddove applicabile				SI	Monitoraggio interno
					EVIDENZA SUGGERITA Calendari di follow up personalizzati				SI	Monitoraggio interno
					EVIDENZA SUGGERITA Percentuale di personale formato alla gestione del self management				10% del personale coinvolto nei percorsi cronicità	Monitoraggio interno
					EVIDENZA SUGGERITA L'organizzazione della prenotazione favorisce la continuità dello specialista di riferimento				si	Monitoraggio interno
					Altro					