

“MANUALE” PER I REQUISITI AZIENDALI – al 6.2.2017

| | | | |
|--|--------------------------------|---|--|
| STRUTTURA ORGANIZZATIVA GESTIONE DELLE STRATEGIE AZIENDALI PER LA GOVERNANCE CLINICA | 1.1 Struttura e ruoli | 1.1.1 Ruoli | I Con Atto aziendale si intendono i documenti costitutivi dell'organizzazione (Statuto, Regolamento). Per orientamento alla governance clinica si intende la promozione del ruolo fondamentale dei professionisti nel monitoraggio e miglioramento continuo della qualità delle cure. L' organigramma deve essere aggiornato. Con declaratoria delle funzioni si intende l'esplicitazione delle funzioni delle strutture organizzative. |
| | | .1.1.2 rete aziendale Qualità e Sicurezza | III La descrizione della Rete deve essere riportata in un documento aggiornato e adeguatamente diffuso a tutto il personale attraverso la intranet aziendale o altri strumenti |
| | | | IV Per scheda di posizione si intende quanto esplicitato al 2.1.1.. Per il ruolo di facilitatore esiste un documento aziendale dove sono specificate le attività/competenze specifiche e la quota parte di orario su base annuale stimata come necessaria per assolvere le funzioni |
| | 1.2 Pianificazione | 1.2.1 programmazione | V. Gli obiettivi riferiti alla qualità e sicurezza devono essere presenti nelle schede budget e deve essere documentato il livello di raggiungimento di tali obiettivi. <i>(per le aziende pubbliche ed in coerenza con i tempi di implementazione stabiliti dalla Regione Toscana l'evidenza suggerita e' fortemente raccomandata)</i> |
| 1.2.2. riesame | | VI All'interno del processo di riesame della direzione è presente e strutturata una valutazione periodica che riguarda l'andamento dei processi accreditati; tale valutazione tiene in conto in modo integrato e coerente degli obiettivi relativi qualità e sicurezza (ad esempio: esiti clinici, formazione, esperienza degli utenti, benessere organizzativo, gestione dei sinistri, attuazione dei piani di miglioramento e tutti gli altri input ed output ritenuti necessari) | |
| RISORSE UMANE PER LA GOVERNANCE CLINICA | 2.1 Risorse umane e governance | 2.1.1 Compiti e funzioni | VII- Con schede di posizione, coerentemente con quanto definito nella strategia 2.1 e nel requisito 2.1.1, si intende l'applicazione di due strumenti distinti, per quanto complementari: 1) una scheda che per tutti i livelli operativi esplicita le competenze da possedere e mantenere per assolvere pienamente il proprio ruolo 2) una job description puntuale per tutti coloro che assumono un incarico di direzione, di coordinamento o comunque un'attribuzione di funzioni (ad es. facilitatore). Lo strumento 1 è stato costruito e condiviso per ogni figura professionale calata in un contesto operativo (ad es. infermiere dell'area critica) e può coincidere o sovrapporsi in parte con le schede utilizzate per l'inserimento dei neoassunti e neoinserti. Lo strumento 2 fa parte del sistema adottato dall'Azienda per esplicitare i contenuti degli incarichi sopra detti, ai fini del rispetto del requisito è fondamentale che in tali schede di posizione siano riportati in modo specifico le responsabilità e le attività e competenze nell'area della qualità e sicurezza. In termini di approccio valutativo da parte del GTRV: si verifica che l'Azienda abbia adottato un modello chiaro ed uniforme per entrambi gli strumenti; si verifica l'applicazione progressiva dello strumento a partire dai processi già accreditati |
| | | 2.1.2 Formazione | VIII Piano di formazione aziendale redatto sulla base dei bisogni, con programmazione iniziative specifiche sulla governance clinica e ed evidenza della realizzazione di tali eventi . |
| | 2.2 Valutazione | 2.2.1 valutazione del personale | IX Si intende che nell'ambito delle schede di valutazione individuale vi siano anche obiettivi di qualità e sicurezza |
| | | 2.2.2 Benessere organizzativo | X Evidenza che i dati siano stati analizzati (incluso il tasso di risposta), discussi, restituiti ai partecipanti e utilizzati per eventuali azioni di miglioramento |
| GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER LA GOVERNANCE CLINICA | 3. GESTIONE DEI DATI | .3.1.1. Sicurezza dei dati | XI Con Piano di transizione si intende un progetto con cronoprogramma e relativo impegno di spesa L'integrazione dei dati clinici riguarda tutti i setting assistenziali (ospedale e territorio). Sulla evidenza facoltativa: è presente una Mappa sistema informativo con esplicitazione dei diversi gestionali e livelli di integrazione ed un Report sul monitoraggio qualità dei flussi. |
| | 2.2 Valutazione | .3.2.1. Documentazione sanitaria | XIV Le Iniziative formative devono essere coerenti con il fabbisogno formativo derivante dal monitoraggio della qualità della documentazione sanitaria |
| PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI ALLA GOVERNANCE CLINICA | 4.1 Informazioni e ascolto | 4.1.1. Impegno verso i cittadini | XV Report: si fa riferimento (per le aziende pubbliche) ai dati già raccolti per l'osservatorio carta dei servizi; il report è utilizzato ai fini del miglioramento ed ai fini della pubblicizzazione verso i cittadini utenti. ESEMPLI: si fa riferimento ad iniziative informative aperte all'utenza (esempi: conferenza dei servizi, giornate aperte, pubblicizzazione sui siti aziendali, incontri dedicati con i comitati di partecipazione, ecc.ecc.) |
| | | 4.1.3 Coinvolgimento dei pazienti | XVIII Esempi di partecipazione dei cittadini anche alla progettazione dei servizi ed alla costruzione di percorsi di cura |

Foglio1

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------------|---|
| QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE NELLA GOVERNANCE CLINICA | 5.1 Sistema Qualità | 5.1.1. Competenze rete qualità | XIX Per Ente autorevole che certifica la formazione si intende un Istituto universitario od un Ente provider ECM che può dimostrare una competenza specifica sul tema (si includono quindi le aziende sanitarie pubbliche); Premesso che ogni Azienda è libera di strutturare la propria rete in funzione delle scelte aziendali, e che il razionale del requisito è la responsabilizzazione dell'Azienda nel definire conseguentemente i livelli di competenza attesi, si ritiene di dare la seguente raccomandazione: per assumere un ruolo all'interno della rete Qualità e Sicurezza è condizione necessaria una formazione di almeno 12 ore sugli strumenti della qualità e sicurezza e sul nuovo sistema di accreditamento; Laddove sono presenti indicazioni normative specifiche, regionali o nazionali, che riguardano la durata e i contenuti dei corsi ai fini dell'attestazione di specifiche competenze, esse devono essere rispettate. In termini di approccio valutativo da parte del GTRV: in assenza della attestazione puntuale si verifica l'esistenza di un progetto formativo che completi il percorso di tutti coloro che hanno un ruolo nella Rete, da portare a termine con la progressione ed in coerenza dei processi accreditati (entro Giugno 2018) |
| | | 5.1.2 Piano qualità e sicurezza | XX per i contenuti del programma di antimicrobial stewardship: si fa riferimento alla Delibera regionale 620 del 27.6.2016 |
| | | 5.1.3 Documenti qualità | XXI Con "adeguatamente compilate" si intende "coerenti con le regole definite a livello Aziendale" XXII Per "revisione periodica" si intende una revisione (od una rivalidazione) di periodicità triennale. E' necessario che ci sia evidenza delle modalità di diffusione della documentazione |
| ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI | | | XXIV. I tempi di attesa sono pubblicati sul sito web aziendale; è possibile dimostrare che le criticità sui tempi di attesa sono state valutate e utilizzate per azioni di miglioramento |
| | | | XXVI è presente un documento approvato dalla Direzione Aziendale che attesti il razionale del dimensionamento di queste agende e le garanzie di trasparenza |
| GESTIONE PROCESSI DI SUPPORTO E LOGISTICA PER LA GOVERNANCE CLINICA | | | XXVII la Direzione aziendale è a conoscenza degli standard di servizio che i servizi interni (diagnostica, laboratorio, anatomia patologica, centro trasfusionale, trasporti, sanificazione, ecc) hanno condiviso con le strutture interessate; la periodicità dei report richiesta è almeno semestrale; |
| | | | XXIX la Direzione aziendale ha definito gli standard di servizio con i fornitori esterni; la periodicità dei report richiesta è almeno semestrale |