

INDICE

INDICAZIONI PER L'APPLICAZIONE DEGLI STRUMENTI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEL STRUTTURE SANITARIE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE TOSCANO	1
IL SISTEMA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO	1
<i>L'ARCHITETTURA D'INSIEME</i>	2
<i>CODIFICA DEI REQUISITI</i>	2
ATTESTAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CIRCA IL POSSESSO DEI REQUISITI	4
IL PROCESSO DI VALUTAZIONE	4
<i>INDICATORI E STANDARD</i>	4
<i>REQUISITI ESSENZIALI</i>	5
<i>GIORNO INDICE</i>	5
MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' E DELLA SICUREZZA DELLE CURE	6
TABELLE	7
Tab. 1 - R: REQUISITI AREA CHIRURGICA	8
Tab. 1 - I: INDICATORI E STANDARD AREA CHIRURGICA	14
Tab. 2 - R: REQUISITI AREA ONCOLOGICA	49
Tab. 2 - I: INDICATORI E STANDARD AREA ONCOLOGICA	61
Tab. 3 - R: REQUISITI AREA MEDICA	122
Tab. 3 - I: INDICATORI E STANDARD AREA MEDICA	129
Tab. 4 - R: REQUISITI AREA CRITICA	160
Tab. 4 - I: INDICATORI E STANDARD AREA CRITICA	166
Tab. 5 - R: REQUISITI AREA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA	197
Tab. 5 - I: INDICATORI E STANDARD AREA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA	204
Tab. 6 - R: REQUISITI AREA MATERNO INFANTILE	240
Tab. 6 - I: INDICATORI E STANDARD AREA MATERNO INFANTILE	253
Tab. 7 - R: REQUISITI AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE	320
Tab. 7 - I: INDICATORI E STANDARD AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE	325
Tab. 8 - R: REQUISITI AREA SALUTE MENTALE	356
Tab. 8 - I: INDICATORI E STANDARD AREA SALUTE MENTALE	363
Tab. 9 - R: REQUISITI AREA EMERGENZA URGENZA	396
Tab. 9 - I: INDICATORI E STANDARD AREA EMERGENZA URGENZA	403
Tab.10 - R: REQUISITI AREA CURE PRIMARIE	437
Tab.10 - I: INDICATORI E STANDARD AREA CURE PRIMARIE	441
Tab.11 - R: REQUISITI AREA RIABILITAZIONE	463
Tab.11 - I: INDICATORI E STANDARD AREA RIABILITAZIONE	471
Tab.12 - R: REQUISITI STRUTTURE RESIDENZIALI E AMBULATORIALI PRIVATE	506
Tab.12 - I: INDICATORI E STANDARD STRUTTURE RESIDENZIALI E AMBULATORIALI PRIVATE	510

INDICAZIONI PER L'APPLICAZIONE DEGLI STRUMENTI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE TOSCANO

L'accreditamento istituzionale è attribuito con riferimento alla struttura organizzativa funzionale finalizzata all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Per le strutture sanitarie private è possibile attribuire l'accreditamento istituzionale alla singola disciplina autorizzata.

IL SISTEMA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

I requisiti sono concettualmente organizzati seguendo due logiche principali:

- a) la logica organizzativa per cui i requisiti sono distribuiti sui percorsi organizzativi delle diverse aree clinico-assistenziale
- b) la logica dei contenuti per cui i requisiti risultano raggruppati in alcune principali aree tematiche.

Per quanto riguarda comunque il processo di accreditamento la logica principale è quella organizzativa per cui ogni struttura organizzativa funzionale fa riferimento al suo percorso organizzativo sul quale vedrà distribuiti i relativi requisiti e indicatori da misurare e gli standard di base da raggiungere (vedi tabelle da 1 a 11).

a) I percorsi organizzativi delle diverse aree clinico-assistenziali

Per ogni area clinico-assistenziale si è descritto il percorso organizzativo e sono stati individuati i requisiti di qualità e sicurezza relativi. Tali requisiti sono distribuiti sulle diverse fasi del percorso descritte attraverso un diagramma di flusso.

I percorsi organizzativi definiti sono i seguenti:

- percorso di area chirurgica
- percorso di area oncologica (oncologia e screening)
- percorso di area medica
- percorso di area critica
- percorso di area ortopedico-traumatologica
- percorso di area materno infantile (nascita e pediatrico)
- percorso di area dipendenze patologiche
- percorso di area della salute mentale
- percorso di area emergenza urgenza
- percorso di area cure primarie
- percorso di area riabilitazione

a) Le aree tematiche

I requisiti definiti afferiscono in base ai loro contenuti a diverse aree tematiche.

Diritti e partecipazione

Afferiscono a quest'area i requisiti che valutano l'equità e l'accessibilità del servizio alle diverse categorie di utenti, tenendo conto dei loro specifici bisogni e definendo una strategia per la comunicazione e partecipazione al cittadino. Quest'area è suddivisa in 3 sottocategorie: Equità e Accesso, Umanizzazione, Comunicazione e partecipazione.

Management

Ne fanno parte tutti i requisiti che valutano la capacità di organizzazione e gestione sia per quanto riguarda il personale, le attività che per quanto riguarda i dati e lo sviluppo del sistema Gestione del Rischio Clinico. Quest'area è suddivisa in 4 sottocategorie:

Organizzazione del lavoro, Sviluppo del sistema GRC, Formazione, Gestione dati.

Performance assistenziali

Afferiscono a quest'area tutti i requisiti finalizzati a valutare il livello di qualità e sicurezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Quest'area è suddivisa in 2 sottocategorie:

Appropriatezza e qualità clinica, Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali.

Continuità assistenziale e cooperazione

Ne fanno parte i requisiti che focalizzano l'attenzione sulla valutazione del livello di qualità e sicurezza raggiunto nella gestione delle collaborazioni organizzative sia interne che esterne.

Quest'area è suddivisa in 2 sottocategorie:

Continuità ospedale e territorio, Cooperazione interna.

L'ARCHITETTURA D'INSIEME

I requisiti relativi a ciascuna area clinico-assistenziale e distribuiti sui percorsi organizzativi sono rappresentati in tabelle alle quali è associato il diagramma di flusso che rappresenta le fasi principali del percorso. A ciascun requisito è inoltre associata l'area tematica di riferimento.

Le tabelle sono:

- 1.requisiti area chirurgica e relativo diagramma di flusso**
- 2.requisiti area oncologica e relativo diagramma di flusso (oncologia e screening)**
- 3.requisiti area medica e relativo diagramma di flusso**
- 4.requisiti area critica e relativo diagramma di flusso**
- 5.requisiti area ortopedico-traumatologica e relativo diagramma di flusso**
- 6.requisiti area materno infantile e relativo diagramma di flusso (nascita e pediatrico)**
- 7.requisiti area dipendenze patologiche e relativo diagramma di flusso**
- 8.requisiti area salute mentale e relativo diagramma di flusso**
- 9.requisiti area emergenza urgenza e relativo diagramma di flusso**
- 10.requisiti area cure primarie e relativo diagramma di flusso**
- 11.requisiti area riabilitazione e relativo diagramma di flusso**

Alle sopraelencate tabelle si aggiunge un'ulteriore tabella contenente i requisiti per il percorso delle strutture sanitarie private di tipo residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale:

- 12.requisiti strutture residenziali e ambulatoriali private**

CODIFICA DEI REQUISITI

I requisiti contenuti nelle tabelle di ciascun'area sono stati classificati utilizzando alcuni codici che ne identificano l'appartenenza ad un percorso specifico, ad una specifica fase di questo percorso e un'eventuale trasversalità rispetto a tutti i percorsi (esistono infatti un certo numero di requisiti che sono comuni a tutti i percorsi).

I codici che identificano i requisiti delle diverse aree clinico assistenziali sono:

requisiti area chirurgica	C
requisiti area oncologica	ONC (oncologia) SCREE (screening)
requisiti area medica	ME
requisiti area critica	IC
requisiti area ortopedico-traumatologica	ORTO
requisiti area materno infantile	MAN (nascita) MAP (pediatrico)
requisiti area dipendenze patologiche	DP
requisiti area salute mentale	SM
requisiti area emergenza urgenza	ER
requisiti area cure primarie	CP
requisiti area riabilitazione	RIAB

Il codice che identifica i requisiti comuni ai diversi percorsi è il codice M.

Il codice che identifica requisiti di tipo aziendale, cioè che riguardano l'azienda nel suo insieme, è A.

Tutti i percorsi iniziano con una serie di requisiti che riguardano l'intero percorso e non la singola fase.

Di seguito alcuni casi esemplificativi:

	CM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
--	---	------------------------	--

CM16 I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi = requisito di percorso chirurgico che riguarda l'intero percorso CXX ed è comune anche agli altri percorsi XM16.

Di seguito alcuni casi esemplificativi:

c 3.2 realizzazione intervento	C3.2.1 Il registro di sala operatoria è informatizzato	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	C3.2.2 l'organizzazione si dota di un sistema di gestione della sicurezza in sala operatoria adeguato	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.2.3 Si garantiscono volumi di attività e impiego di procedure chirurgiche coerenti con gli standard di qualità definiti a livello internazionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.2.(M47) Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

C 3.2 realizzazione intervento = la fase del percorso chirurgico relativa alla realizzazione dell'intervento.

C 3.2.1 il registro di sala operatoria è informatizzato = requisito di percorso chirurgico, il primo XX.1 della fase 3.2.X La categoria generale di riferimento è management e la sottocategoria è organizzazione del lavoro.

C 3.2 (M47) esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili = requisito di percorso chirurgico relativo alla fase 3.2 (XXX) e comune anche agli altri percorsi C XX (M47). La categoria generale di riferimento è performance assistenziali e la sottocategoria è Qualità e sicurezza per le attività

clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici.

ATTESTAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CIRCA IL POSSESSO DEI REQUISITI

Le Aziende sanitarie pubbliche attestano il possesso dei requisiti di accreditamento, tramite il raggiungimento degli standard di base ad essi associati, per le strutture organizzative funzionali, determinate nello statuto aziendale, utilizzando le tabelle dei requisiti sopra descritte, dalla n° 1 alla n° 11, in relazione alle tipologie prevalenti di attività erogate.

Per le strutture organizzative funzionali in cui si realizzano in maniera prevalente diverse tipologie di attività è necessario utilizzare per l'accREDITAMENTO tutti i percorsi che rappresentano tali attività. (Es. Dipartimento Neuroscienze, Dipartimento testa collo).

Per le strutture sanitarie private nel caso di:

- strutture di ricovero ospedaliero con raggruppamento per strutture organizzative funzionali la dichiarazione sostitutiva del possesso dei requisiti di accreditamento avviene con le stesse modalità delle Aziende sanitarie pubbliche. Laddove non previsto il raggruppamento la dichiarazione sostitutiva avviene attraverso l'utilizzo della tabella n° 12 contenente i requisiti per strutture residenziali e semiresidenziali e ambulatori privati; *in questo caso se è attuata la valutazione delle performance la stessa sostituisce il monitoraggio interno come tipologia di fonte;*

- strutture residenziali e semiresidenziali, la dichiarazione sostitutiva circa il possesso dei requisiti di accreditamento avviene attraverso l'utilizzo della tabella n°12 relativamente ai requisiti contrassegnati con la lettera **R**;

- strutture ambulatoriali, la dichiarazione sostitutiva circa il possesso dei requisiti di accreditamento avviene attraverso l'utilizzo della tabella n°12 relativamente ai requisiti contrassegnati con la lettera **A**.

IL PROCESSO DI VALUTAZIONE

INDICATORI E STANDARD

Ad ogni requisito è attribuito ai fini della valutazione uno o più indicatori.

Gli indicatori possono essere:

- di processo: focalizzati sul modo in cui si realizza una certa attività
- di esito: focalizzati sul risultato che si ottiene relativamente ad una specifica dimensione.

Ogni indicatore ha uno standard di base che consente la determinazione del corrispondente livello di accettabilità.

Gli indicatori e gli standard sono corredati dall'indicazione sulla tipologia di fonte dati alla quale fare riferimento per la misurazione.

Ad ogni tabella dalla n° 1 alla n° 12 relative ai requisiti sono correlate le tabelle dalla n.1 alla n.12 dei relativi indicatori e standard:

1.indicatori e standard area chirurgica

2.indicatori e standard area oncologica

- 3.indicatori e standard area medica**
- 4.indicatori e standard area critica**
- 5.indicatori e standard area ortopedico-traumatologica**
- 6.indicatori e standard area materno infantile**
- 7.indicatori e standard area dipendenze patologiche**
- 8.indicatori e standard area salute mentale**
- 9.indicatori e standard area emergenza urgenza**
- 10.indicatori e standard area cure primarie**
- 11.indicatori e standard area riabilitazione**
- 12.indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private**

Di seguito alcuni casi esemplificativi:

REQUISITO C3.2.1
Il registro di sala operatoria è informatizzato
INDICATORE
Informatizzazione della registrazione dei dati di sala operatoria secondo requisiti definiti a livello regionale (assicurarsi che ci sia come campo obbligatorio la data e ore magari con rilevazione automatica)
STANDARD BASE Si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO CM16.
I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli condivisi
INDICATORE
Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo condiviso
NUMERATORE
Numero di servizio/fornitore con un protocollo condiviso
DENOMINATORE
Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITI ESSENZIALI

I requisiti ritenuti essenziali, il cui standard base deve essere raggiunto per ottenere il rilascio dell'accreditamento, sono contrassegnati con un asterisco (ad esempio CA2*) sia nella tabella dei requisiti che nella tabella dei relativi indicatori e standard.

GIORNO INDICE

Ai fini di un'omogenea valutazione circa il raggiungimento dello standard base relativo a cia-

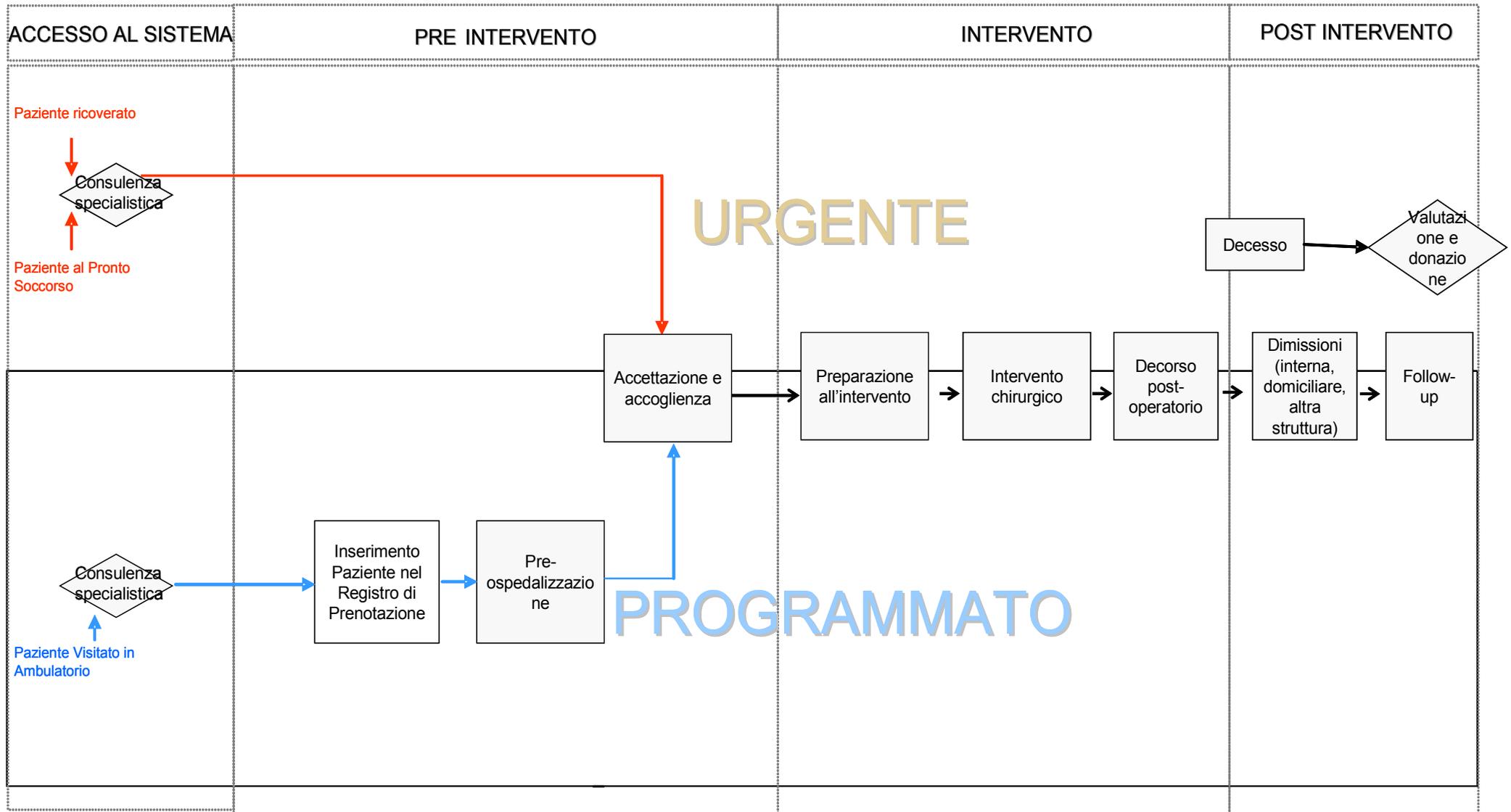
scun requisito, laddove la tipologia di fonte richiama la modalità dell'autovalutazione, es. delle cartelle cliniche, viene determinato un giorno indice al quale fare riferimento. Tale giorno indice sarà individuato con successivo atto del dirigente regionale competente per materia.

MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' E DELLA SICUREZZA DELLE CURE

Requisiti, indicatori, standard e tipologia di fonti sono aggiornati ai fini del miglioramento continuo, delle evidenze scientifiche e delle performance assistenziali del Servizio Sanitario Regionale.

TABELLE

Tabella n.1 diagramma di flusso area chirurgica



Percorso di Area chirurgica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	CA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	CA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	CA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	CM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	CM3..Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	CM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	CM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	CM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	CM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	CM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	CM9. IL "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	CM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
	CM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area chirurgica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	CM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	CM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro.....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
C1. ACCESSO AL SISTEMA	C1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	C1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
c1.1 consulenza specialistica - reparto o PS			
c1.2 consulenza specialistica - ambulatorio			
C2. PERCORSO PRE-INTERVENTO			
c2.1 inserimento Registro Prenotazione	C2.1.1 E' garantita una modalità omogenea e trasparente per l'accesso alle prestazioni chirurgiche sia in modalità istituzionale che in libera professione	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C2.1.2 Il tempo di attesa per gli interventi chirurgici programmati ospedalieri e ambulatoriali è contenuto entro un periodo massimo.	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C2.1.3 La scheda con la proposta di intervento chirurgico è compilata correttamente dal chirurgo nelle sue parti, compreso il codice di priorità e l'attribuzione del setting assistenziale appropriato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
c2.2 pre-ospedalizzazione	C2.2.1 E' attivata la preospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT

Percorso di Area chirurgica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	C2.2.2 La presa in carico del paziente oncologico che deve effettuare intervento chirurgico è appropriata	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
c2.3 accettazione e accoglienza	C2.3.(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C2.3.(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C2.3.(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C2.3.(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
C3. RICOVERO	C3.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C3.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C3.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C3.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C3.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	C3.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	C3.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	C3.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	C3.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
	C3.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area chirurgica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	C3.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
c 3.1 preparazione all'intervento	C3.1.1 La prestazione sanitaria è erogata nell'appropriato setting assistenziale	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	C3.1.2 L'organizzazione si dota di un sistema per la prevenzione della TVP appropriato	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
c 3.2 realizzazione intervento	C3.2.1 Il registro di sala operatoria è informatizzato	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	C3.2.2 L'organizzazione si dota di un sistema di gestione della sicurezza in sala operatoria adeguato	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.2.3 Si garantiscono volumi di attività e impiego di procedure chirurgiche coerenti con gli standard di qualità definiti a livello internazionale <i>nota: si fa riferimento ai documenti regionali programmatici, in particolare il PSSR</i>	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	C3.2.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
c 3.3 decorso post-operatorio			

Tabella n. 1 requisiti area chirurgica

Percorso di Area chirurgica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
c 3.4 decesso	C.3.4.1 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
C4. POST RICOVERO			
c 4.1 dimissioni	C4.1.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	C4.1.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	C4.1.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	C4.1.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	C4.1.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASS. E COOP.
c 4.2 follow up			

Percorso di Area chirurgica

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO CA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO CA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO CA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU_i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum W_i$ W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8); *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*
 nota: indicatore aziendale complessivo

<p>REQUISITO CA4. <i>E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</i></p>
<p>INDICATORE 1 <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero di visite specialistiche totali esaminate</i></p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>INDICATORE 2 <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero di esami diagnostici totali esaminati</i></p>
<p>STANDARD BASE 60%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>flusso TAT</i></p>

<p>REQUISITO CA5. <i>L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</i></p>
<p>INDICATORE 1 <i>Qualità del processo donazione di tessuto corneale</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto corneale</i></p>
<p>DENOMINATORE</p>

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero decessi ≥ 5 anni e ≤ 75 anni
STANDARD BASE $\geq 5\%$
TIPOLOGIA FONTE dati OTT
INDICATORE 2 Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts
NUMERATORE Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts
DENOMINATORE Numero decessi ≥ 4 anni e ≤ 75 anni
STANDARD BASE $\geq 2\%$
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO CM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti (Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO CM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p>INDICATORE % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p>NUMERATORE Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p>DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 35%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO CM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p>INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione <i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p>NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO CM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p>INDICATORE Presenza del documento che evidenzia l'organizzazione in atto</p>

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza di budget dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO CM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO CM9. <i>Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori</i>

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(Per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(Per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

% di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70% <i>(Per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

REQUISITO CM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero occasioni di lavaggio mani
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani

INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE farmacia

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

INDICATORE 3
% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4
% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE
<i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
DENOMINATORE
<i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (monitoraggio interno); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO CM13.
Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1
Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2
Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CM14.

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

<p>E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i></p>
<p>INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO CM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta</p>
<p>INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p>NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p>DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati</p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(Il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i></p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro</p>
<p>NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale</p>
<p>DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro</p>
<p>STANDARD BASE >1</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</p>

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

INDICATORE 4 <i>% di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit</i>
NUMERATORE Numero <i>di audit sulle cadute con danno</i>
DENOMINATORE Numero cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO CM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

C 1. Accesso al sistema

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

REQUISITO C1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO C1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(Il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO C1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>
--

C2.1 Inserimento Registro Prenotazione

REQUISITO C2.1.1 E' garantita una modalità omogenea e trasparente per l'accesso alle prestazioni chirurgiche sia in modalità istituzionale che in libera professione
INDICATORE 1 I criteri di accesso al registro di prenotazione sono stabiliti, diffusi e applicati
STANDARD BASE si

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 2 Presenza di modulo da consegnare al paziente che indichi il numero di inserimento in lista di attesa
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO C2.1.2 Il tempo di attesa per gli interventi chirurgici programmati ospedalieri e ambulatoriali è contenuto entro un periodo massimo.
INDICATORE 1 % interventi classe di priorità A , <i>tra cui gli oncologici</i> , erogati entro 3 mesi dalla prenotazione
NUMERATORE Numero di interventi classe di priorità A erogati entro 3 mesi dalla prenotazione
DENOMINATORE Numero di interventi classe di priorità A erogati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
per i privati
INDICATORE 2 % interventi erogati entro la data concordata (vedi standard privati per tipologia di procedura chirurgica)
NUMERATORE Numero di interventi erogati entro la data concordata
DENOMINATORE Numero di interventi erogati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO C2.1.3 La scheda con la proposta di intervento chirurgico è compilata correttamente dal chirurgo nelle sue parti, compreso il codice di priorità e l'attribuzione del setting assistenziale appropriato
INDICATORE % di schede compilate correttamente
NUMERATORE Numero di schede compilate correttamente

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

DENOMINATORE Numero di pazienti con proposta di intervento
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

C2.2 Pre-ospedalizzazione

REQUISITO C2.2.1 E' attivata la pre-ospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmati
INDICATORE Degenza media pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati
NUMERATORE Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
DENOMINATORE Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
STANDARD BASE 1 giorno dall'ammissione
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C3); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO C2.2.2 E' effettuata una presa in carico del paziente oncologico che deve effettuare intervento chirurgico appropriata
INDICATORE % di valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc)
NUMERATORE Numero di valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc)
DENOMINATORE Numero di referti con diagnosi oncologica del Servizio di Anat. Pat.
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

C2.3 Accettazione e accoglienza

REQUISITO C2.3. (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO C2.3. (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO C2.3. (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO C2.3. (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
--

C3. Ricovero

<p>REQUISITO C3. (M25)*</p> <p>Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p>REQUISITO C3. (M26)*</p> <p>I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 85%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p>REQUISITO C3. (M27)</p> <p>E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza</p>
<p>INDICATORE</p> <p><i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile</p>

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
REQUISITO C3. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40% <i>(Per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO C3. (M29)

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 75%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO C3. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO C3. (M31)*
Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1
Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(Se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE
Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE
Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 2
Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(Se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE
Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE
Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 3
% di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE
Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

DENOMINATORE
Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4
% di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE
Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE
Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 4 90%
TIPOLOGIA FONTE 4 <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 5
% di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE
Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE
Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
REQUISITO C3. (M32)
Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1
% di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE
Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE
Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
STANDARD BASE 90%
<i>(Per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>% di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
NUMERATORE <i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
DENOMINATORE <i>Numero operatori sanitari</i>
STANDARD BASE 50 % <i>(Per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO C3. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri

REQUISITO C3. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE <i>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)</i>
NUMERATORE <i>Numero di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale</i>
DENOMINATORE <i>Numero di ricoveri</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO C3. (M35)

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare <i>(Per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?")</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO C3. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo) <i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno)</i>
NUMERATORE

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (In questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i>

REQUISITO C3. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO C3. (M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i>
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>
INDICATORE 3 <i>abrogato</i>
INDICATORE 4 % mortalità nei DRG a bassa mortalità
NUMERATORE Numero deceduti con DRG a bassa mortalità
DENOMINATORE

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero dimessi con DRG a bassa mortalità
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione della performance (C6.4.2); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 5 % pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale
NUMERATORE Numero pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale
DENOMINATORE Numero pazienti con MEWS >
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO C3. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti; per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 abrogato
INDICATORE 3 Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 abrogato
INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO C3. (M40)*
Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE
% di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(Si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
NUMERATORE
Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE
Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO C3. (M41)
Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE
% di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

<p>REQUISITO C3. (M42)*</p> <p>L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>Evidenza della diffusione del report</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero cartelle cliniche revisionate</p>
<p>STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i></p>

<p>REQUISITO C3. (M43)</p> <p>L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>Per ogni CVC posizionato:</p> <p>a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica);</p> <p>b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni.</p> <p>c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di infezioni da CVC</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC</p>

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO C3. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

REQUISITO C3. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO C3. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

C3.1 Preparazione all'intervento

REQUISITO C3.1.1
La prestazione sanitaria è erogata nell'appropriato setting assistenziale
INDICATORE 1
DRG LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
NUMERATORE
Somma delle percentuali di raggiungimento degli standard dei DRG Chirurgici LEA
DENOMINATORE
Numero di DRG LEA Chirurgici erogati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C4.12) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO C3.1.2
L'organizzazione si dota di un sistema per la prevenzione della TVP appropriato
INDICATORE 1
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1.000 dimessi con DRG chirurgico
NUMERATORE
Numero di dimessi con trombosi venosa profonda o embolia polmonare in diagnosi secondaria
DENOMINATORE
Numero dimessi con DRG chirurgico
STANDARD BASE <2
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C6.4.3) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2
% embolie rilevate da SDO rispetto alla cartella clinica
NUMERATORE
Numero di embolie rilevate da SDO
DENOMINATORE
Numero di embolie rilevate in cartella clinica
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE SDO e cartelle cliniche (giorno indice)

C3.2 Realizzazione intervento

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

REQUISITO C3.2.1
Il registro di sala operatoria è informatizzato
INDICATORE
Informatizzazione della registrazione dei dati di sala operatoria secondo requisiti definiti a livello regionale (assicurarsi che ci sia come campo obbligatorio la data e ore magari con rilevazione automatica)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO C3.2.2
L'organizzazione si dota di un sistema adeguato di gestione della sicurezza in sala operatoria
INDICATORE 1
% di procedure effettuate con l'adozione della check list di sala operatoria coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale <i>(fare riferimento a tutte le sale operatorie afferenti alla struttura organizzativa funzionale)</i>
NUMERATORE
Numero di procedure effettuate con l'adozione della check list di sala operatoria coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale
DENOMINATORE
Numero di procedure effettuate
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2
% di procedure effettuate con contrassegno del sito-lato coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale
NUMERATORE
Numero di procedure effettuate con contrassegno del sito-lato coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale
DENOMINATORE
Numero procedure effettuate che necessitano distinzione sito-lato
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3
% di procedure effettuate con supporto strumento strutturato per conteggio garze e strumentario e tracciabilità del materiale per procedure di sterilizzazione e dei dispositivi impiantati
NUMERATORE

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero di procedure effettuate con supporto strumento strutturato per conteggio garze e strumentario e tracciabilità del materiale per procedure di sterilizzazione e dei dispositivi impiantati	
DENOMINATORE	Numero totale procedure
STANDARD BASE	90%
TIPOLOGIA FONTE	monitoraggio interno
INDICATORE 4	
Esiste una procedura aziendale per gestire l'accesso alle prestazioni chirurgiche dei pazienti allergici al lattice	
STANDARD BASE	si
TIPOLOGIA FONTE	documenti aziendali
REQUISITO C3.2.3	
Si garantiscono volumi di attività e impiego di procedure chirurgiche coerenti con gli standard di qualità definiti a livello internazionale	
<i>nota: si fa riferimento ai documenti regionali programmatici, in particolare il PSSR</i>	
INDICATORE 1	
Numero di interventi di tipo X ¹ maggiore di N ²	
NUMERATORE	Numero di interventi di tipo X realizzati
DENOMINATORE	Numero di interventi di tipo X attesi
STANDARD BASE	raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE	monitoraggio interno
INDICATORE 2	
% di interventi di tipo X realizzati in laparoscopia	
NUMERATORE	Numero di interventi " di tipo X" in laparoscopia
DENOMINATORE	Totale interventi "di tipo X"
STANDARD BASE	raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE	monitoraggio interno

¹ Per ciascuna specialità i tipi di intervento sono definiti in base ai dati della letteratura internazionale

² Per ciascuna specialità il volume di interventi per ciascuna tipologia è definito in base ai dati di letteratura internazionale

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

REQUISITO C3.2. (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

C 3.4 Decesso

REQUISITO C.3.4.1 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi
INDICATORE 1 % morti encefaliche individuate
NUMERATORE Numero morti encefaliche
DENOMINATORE Numero decessi con lesioni cerebrali nelle UTI
STANDARD BASE >50%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT e sistema di valutazione delle performance (B6.1.1)
INDICATORE 2

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

% donatori effettivi di organi
NUMERATORE Numero donatori effettivi
DENOMINATORE Numero morti encefaliche
STANDARD BASE >49%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT e sistema di valutazione delle performance (B6.1.2)

C4.1 Dimissioni

REQUISITO C4.1. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO C4.1. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di dimissioni con attivazione ADI <i>(E' necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
NUMERATORE Numero di dimissioni con attivazione ADI
DENOMINATORE Numero di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO C4.1. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

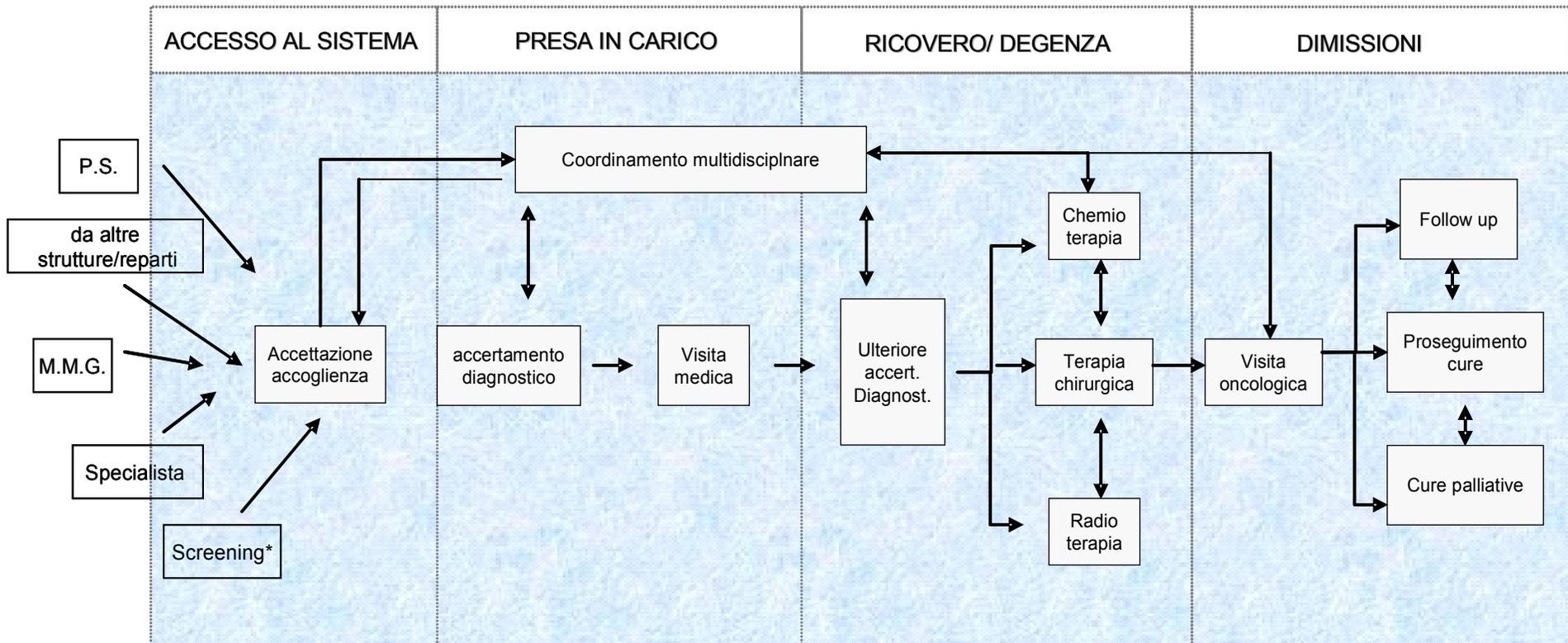
REQUISITO C4.1. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(Si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle cliniche</i>

REQUISITO C4.1. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report infagine ricoveri</i>) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

Tabella n. 2 area oncologica - diagramma di flusso: oncologia



Percorso di Area oncologica: oncologia			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ONCA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONCA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONCA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	ONCA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	ONCA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONCM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ONCM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ONCM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ONCM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ONCM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	ONCM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	ONCM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	ONCM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	ONCM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	ONCM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
	ONCM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area oncologica: oncologia			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ONCM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONCM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONCM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONCM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONCM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONCM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
ONC1. ACCESSO AL SISTEMA	ONC1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONC1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
onc1.1 accettazione e accoglienza	ONC 1.1.1 L'organizzazione ha un servizio di accoglienza dedicato/competente	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Percorso di Area oncologica: oncologia			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ONC1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ONC2. PRESA IN CARICO	ONC2.1 E' effettuata una presa in carico, per tutto il percorso di cura del paziente appropriata, efficace e tempestiva	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
onc 2.1 Accertamento diagnostico	ONC 2.1.1 La refertazione del pezzo anatomico successiva al trattamento chirurgico è tempestiva ed efficace	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
onc 2.2 Visita medica			
onc 2.3 Coordinamento multidisciplinare			
ONC3. RICOVERO/DEGENZA	ONC 3.1 E' garantito un supporto psicologico adeguato al paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONC3.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC3.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC3.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC3.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC3.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ONC3.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ONC3.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	ONC3.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT

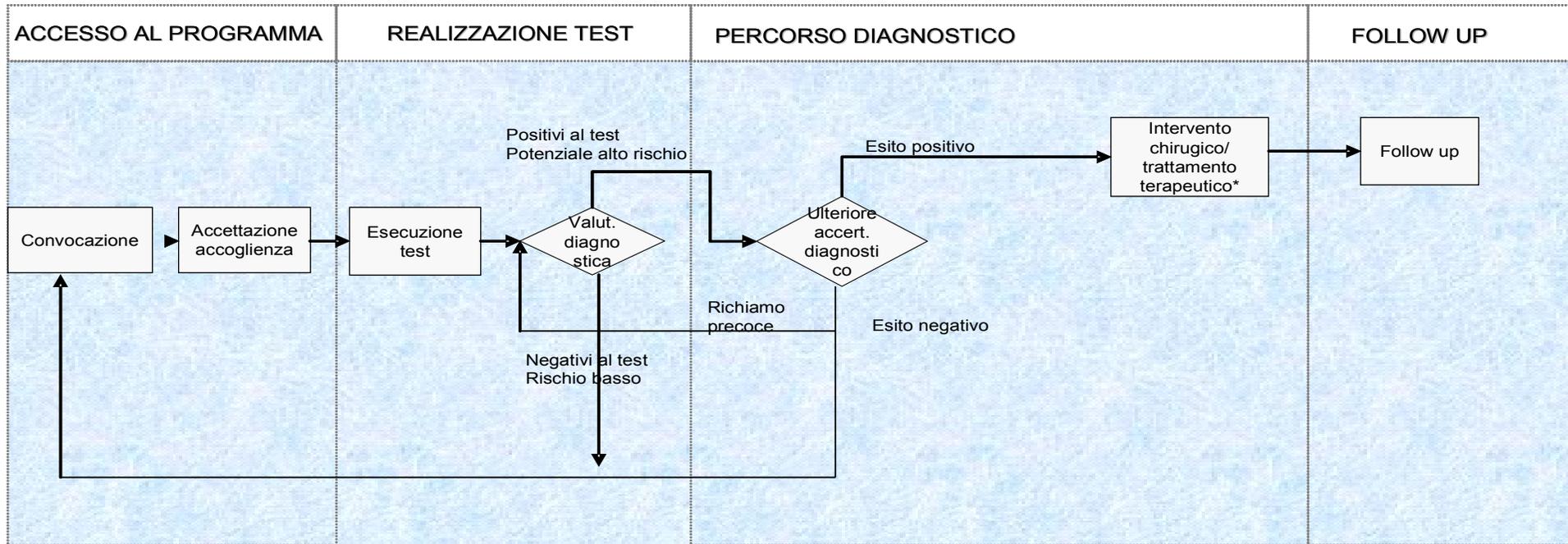
Percorso di Area oncologica: oncologia

REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
ONC3.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
ONC3.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC3. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area oncologica: oncologia			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ONC3. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
onc 3.1 Ulteriore accertamento diagnostico			
onc 3.2 Chemioterapia, Terapia chirurgica, Radioterapia	ONC 3.2.1 L'attivazione del trattamento (chemioterapico, radioterapico e chirurgico) è tempestivo	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONC 3.2.2 Il sistema di gestione dei chemioterapici antitumorali è centralizzato	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ONC3.2.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ONC 4. DIMISSIONI	ONC 4.1 La continuità del processo di cura e assistenziale è garantita	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC4.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ONC4. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC4.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ONC3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
onc 4.1 Visita oncologica			
onc 4.2 Follow up			

Percorso di Area oncologica: oncologia			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
onc 4.2 Proseguimento cure	ONC 4.2.1 Alla dimissione è gestita la continuità delle cure oncologiche, comprese le cure fisioterapiche e riabilitative e di supporto, e l'attivazione tempestiva dell'ADI laddove richiesta	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
onc 4.3 Cure palliative	ONC 4.3.1 E' garantito il contatto con il servizio di cure palliative	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 2 area oncologica - diagramma di flusso: screening



*vedi percorso oncologico

Percorso di Area oncologica - screening

REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
SCREEA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
SCREEA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
SCREEA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
SCREEA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
SCREEA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SCREEM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SCREEM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SCREEM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SCREEM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
SCREEM5. * E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
SCREEM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti.	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
SCREEM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
SCREEM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
SCREEM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
SCREEM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
SCREEM11. * La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area oncologica - screening			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	SCREEM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREEM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREEM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREEM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREEM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SCREEM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro.....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
SCREE 1. ACCESSO AL PROGRAMMA	SCREE1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SCREE1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
scree1.1 Convocazione	SCREE 1.1.1 Date e orari degli appuntamenti per la realizzazione del test sono gestiti in maniera flessibile.	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 1.1.2 Le lettere di invito sono conformi al format regionale	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 1.1.3 I dati degli assistibili sono affidabili	Gestione dati	MANAGEMENT
scree 1.2 Accettazione e accoglienza	SCREE1.2 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE1.2 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Percorso di Area oncologica - screening			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	SCREE1.2 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 1.2(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
SCREE 2. REALIZZAZIONE TEST	SCREE 2.1 Il livello di estensione ai programmi di screening oncologici è conforme ai target LEA nazionali e alle indicazioni regionali	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 2.2. Il livello di adesione ai programmi di screening oncologici è conforme ai target LEA nazionali e alle indicazioni regionali	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 2.3 I tempi di consegna dei referti sono adeguati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	SCREE 2.4 E' previsto un percorso di supporto adeguato per gli operatori sanitari che sono a diretto contatto con i pazienti che andranno inseriti nel percorso diagnostico	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
scree2.1 Esecuzione test			
scree 2.2 Valutazione diagnostica	SCREE 2.2.1 E' previsto un percorso di supporto adeguato per gli operatori sanitari che sono a diretto contatto con i pazienti che andranno inseriti nel percorso diagnostico	Formazione	MANAGEMENT
	SCREE 2.2.2 E' garantita l'efficacia degli esami diagnostici	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 2.2.3 I soggetti positivi al test (individuati come ad alto rischio potenziale) sono inseriti nel percorso diagnostico in maniera tempestiva	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE2.(M25) * Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.		
SCREE 3. PERCORSO DIAGNOSTICO	SCREE 3. I tempi di effettuazione del trattamento chirurgico sono adeguati.	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SCREE 3.(M26) * I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 3.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 3.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Percorso di Area oncologica - screening			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	SCREE 3.(M31) * Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SCREE 3.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	SCREE 3.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un data base per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Formazione	MANAGEMENT
	SCREE 3.(M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Gestione dati	MANAGEMENT
	SCREE 3.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 3.(M36) * Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 3.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 3. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SCREE 3. (M42) * L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
scree 3.1 Ulteriore accertamento diagnostico			
scree 3.2 Intervento chirurgico/ trattamento terapeutico(vedi percorso oncologico)			
SCREE 4. FOLLOW UP	SCREE 4.1 L'insorgere di cancro intervallo è monitorato periodicamente <i>(nota: si fa riferimento al tumore della mammella)</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area oncologica: oncologia

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO ONCA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO ONCA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO ONCA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU_i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum W_i$ W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
 nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO ONCA4.

E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)

INDICATORE 1

% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni

NUMERATORE

Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali

DENOMINATORE

Numero di visite specialistiche totali esaminate

STANDARD BASE 70%

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

INDICATORE 2

% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni

NUMERATORE

Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali

DENOMINATORE

Numero di esami diagnostici totali esaminati

STANDARD BASE 60 %

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ONCA5.

L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee

INDICATORE 1

Qualità del processo donazione di tessuto corneale

NUMERATORE

Numero donatori di tessuto corneale

DENOMINATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<i>Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni</i>
STANDARD BASE > = 5%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT
INDICATORE 2 <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
DENOMINATORE <i>Numero decessi > = 4 anni e < = 75 anni</i>
STANDARD BASE > = 2%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO ONCM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ONCM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non</i>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p><i>attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO ONCM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p>INDICATORE % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p>NUMERATORE Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p>DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 35%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO ONCM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p>INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione <i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p>NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO ONCM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

del paziente della Regione Toscana
INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ONCM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ONCM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ONCM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
--

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO ONCM9.
Il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i> è diffuso agli operatori
INDICATORE
% di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
NUMERATORE
Numero di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
DENOMINATORE
Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ONCM10.
Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE
Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ONCM11.*
La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
INDICATORE 1
% di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(Per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
NUMERATORE
Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE
Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

INDICATORE 2
% di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE
Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE
Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
<i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

REQUISITO ONCM12.
Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1
Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
NUMERATORE
Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE
Numero occasioni di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2
Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE
Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE
Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO ONCM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p>REQUISITO ONCM14.</p> <p>E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i></p>
<p>INDICATORE</p> <p>Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO ONCM15.</p> <p>Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero pazienti anziani ricoverati</p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i></p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 3</p> <p>Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Cadute che esitano in un sinistro</p>
<p>STANDARD BASE >1</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i></p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

INDICATORE 4 % di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato un audit</i>
NUMERATORE Numero <i>di audit sulle cadute con danno</i>
DENOMINATORE Numero cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ONCM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ONCM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ONC1. Accesso al sistema

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO ONC1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO ONC1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ONC1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>
--

ONC1.1 Accettazione e accoglienza

REQUISITO ONC 1.1.1 L'organizzazione ha un servizio di accoglienza dedicato/competente
INDICATORE Presenza di personale dedicato
STANDARD BASE si

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ONC1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ONC1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ONC1.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO ONC1.1 (M24)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ONC2. Presa in carico

REQUISITO ONC2.1 E' effettuata una presa in carico, per tutto il percorso di cura del paziente appropriata, efficace e tempestiva
INDICATORE 1 % valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc) sui pazienti con referto di diagnosi oncologica del Servizio di Anat. Pat.
NUMERATORE Numero valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc)
DENOMINATORE Numero referti con diagnosi oncologica del Servizio di Anat. Pat.
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc) sul numero di biopsie pre-trattamento
NUMERATORE Numero valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare (con formato ad hoc)
DENOMINATORE Numero di biopsie pre-trattamento
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (valore a tendere 70%)</i>
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 <i>abrogato</i>
INDICATORE 4 <i>abrogato</i>
INDICATORE 5 % pazienti che vengono visitati entro 2 giorni dalla richiesta <i>di prenotazione all'accoglienza</i>
NUMERATORE Numero pazienti che vengono visitati entro 2 giorni dalla richiesta <i>di richiesta di prenotazione all'accoglienza</i>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

DENOMINATORE Numero totale richieste
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

ONC2.1 Accertamento diagnostico

REQUISITO ONC 2.1.1 La refertazione del pezzo anatomico successiva al trattamento chirurgico è tempestiva ed efficace
INDICATORE 1 % referti prodotti entro quanto stabilito per tipologia di referto (5 gg per citologia, 15 gg per pezzo operatorio senza approfondimento biomolecolare, 30 gg per pezzo operatorio con approfondimento biomolecolare)
NUMERATORE Numero referti prodotti entro quanto stabilito
DENOMINATORE Numero referti prodotti
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % pazienti che vengono <i>trattati</i> secondo quanto stabilito dalle linee guida
NUMERATORE Numero pazienti che vengono <i>trattati</i> secondo quanto stabilito dalle linee guida
DENOMINATORE Numero pazienti visitati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE <i>revisione cartelle cliniche</i>

ONC3. Ricovero/degenza

REQUISITO ONC 3.1 E' garantito un supporto psicologico adeguato al paziente
INDICATORE Esistenza di programma e azioni specifiche per il supporto in coerenza con le indicazioni regionali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p>REQUISITO ONC3. (M25)*</p> <p>Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p>REQUISITO ONC3. (M26)*</p> <p>I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 85%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p>REQUISITO ONC3. (M27)</p> <p>E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza</p>
<p>INDICATORE</p> <p><i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p>REQUISITO ONC3. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari</p>
<p>INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente</p>
<p>NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente</p>
<p>DENOMINATORE Totale medici</p>
<p>STANDARD BASE 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale</p>
<p>INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute dai medici erano chiare</p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute dai medici erano chiare</p>
<p>DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute dagli infermieri erano chiare</p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute dagli infermieri erano chiare</p>
<p>DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO ONC3. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento</p>
<p>INDICATORE</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

% pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 75 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ONC3. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO ONC3. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

STANDARD BASE <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>

REQUISITO ONC3. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1 % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
STANDARD BASE 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<i>clinico</i>
NUMERATORE <i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
DENOMINATORE <i>Numero operatori sanitari</i>
STANDARD BASE 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i>

REQUISITO ONC3. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri

REQUISITO ONC3. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro i 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ONC3. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare (<i>per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?"</i>)
NUMERATORE Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO ONC3. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a <i>basso</i> peso molecolare si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo) (<i>E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.</i>)
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p>TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i></p>
<p>REQUISITO ONC3. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati</p>
<p>INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali</p>
<p>REQUISITO ONC3. (M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i></p>
<p>INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i></p>
<p>NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate</p>
<p>DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche</p>
<p>INDICATORE 2 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 3 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 4 % mortalità nei DRG a bassa mortalità</p>
<p>NUMERATORE Numero deceduti con DRG a bassa mortalità</p>
<p>DENOMINATORE Numero dimessi con DRG a bassa mortalità</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>INDICATORE 5</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<i>% pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
NUMERATORE <i>Numero pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
DENOMINATORE <i>Numero pazienti con MEWS ></i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i>

REQUISITO ONC3. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti ; <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>
INDICATORE 3 <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
STANDARD BASE <i>si</i>
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 <i>abrogato</i>
INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO ONC3. (M40)*</p> <p>Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche</p>
<p>REQUISITO ONC3. (M41)</p> <p>Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO ONC3. (M42)*</p> <p>L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>Evidenza della diffusione del report</p>
<p>STANDARD BASE si</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>aziendale (es. indagini di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

REQUISITO ONC3. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO ONC3. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

REQUISITO ONC3. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO ONC3. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

ONC3.2 Chemioterapia, Terapia chirurgica, Radioterapia

REQUISITO ONC 3.2.1 L'attivazione del trattamento (chemioterapico, radioterapico e chirurgico) è tempestivo
INDICATORE 1 % pazienti che iniziano la chemioterapia entro 30 gg dall'intervento chirurgico

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

NUMERATORE Numero pazienti che iniziano la chemioterapia entro 30 gg dall'intervento chirurgico
DENOMINATORE Numero totale pazienti operati che devono iniziare la chemioterapia
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % pazienti che iniziano la chemioterapia entro 10 gg dalla visita GOM
NUMERATORE Numero pazienti che iniziano la chemioterapia entro 10 gg dalla visita GOM
DENOMINATORE Numero totale pazienti visitati dal GOM che devono iniziare la chemioterapia
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % pazienti che iniziano la radioterapia dalla visita GOM entro i tempi definiti dai diversi protocolli per le principali patologie neoplastiche (tempi da definire a seconda della finalità del trattamento)
NUMERATORE Numero pazienti che iniziano la radioterapia dalla visita GOM entro i tempi definiti dai diversi protocolli per le principali patologie neoplastiche
DENOMINATORE Numero totale pazienti visitati dal GOM che devono iniziare la radioterapia
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE documentazione: Linee Guida, Conferenza Stato Regioni
INDICATORE 4 % pazienti che eseguono intervento chirurgico entro 30 gg. dall'inserimento nella lista d'attesa
NUMERATORE Numero pazienti che eseguono intervento chirurgico entro 30 gg. dall'inserimento nella lista d'attesa
DENOMINATORE Numero totale pazienti visitati che devono effettuare intervento chirurgico
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE documentazione: Linee Guida, Conferenza Stato Regioni
REQUISITO ONC 3.2.2

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Il sistema di gestione dei chemioterapici antitumorali è centralizzato
INDICATORE Applicazione della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO ONC3.2 (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ONC4. Dimissioni

REQUISITO ONC 4.1 La continuità del processo di cura e assistenziale è garantita
INDICATORE % di dimissioni con programmazione delle tappe successive del trattamento di cura dei pazienti con terapia complessa
NUMERATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di dimissioni con programmazione delle tappe successive del trattamento di cura
DENOMINATORE Numero di dimissioni di pazienti con terapia complessa
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ONC4. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ONC4. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p>INDICATORE 3 <i>% di dimissioni con attivazione ADI</i> <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di dimissioni con attivazione ADI</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero di dimissioni</i></p>
<p>STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p>REQUISITO ONC4. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare</p>
<p>INDICATORE 1 <i>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i></p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>INDICATORE 2 <i>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i></p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p>REQUISITO ONC4. (M51)*</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle cliniche</i>

REQUISITO ONC4. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

ONC4.2 Proseguimento cure

REQUISITO ONC 4.2.1 Alla dimissione è gestita la continuità delle cure oncologiche, comprese le cure fisioterapiche e riabilitative e di supporto, e l'attivazione tempestiva dell'ADI laddove richiesta
INDICATORE % pazienti <i>dimessi</i> con richiesta (in cartella o UVM) gestiti sul territorio (ADI/Hospice)
NUMERATORE Pazienti <i>dimessi</i> con richiesta (in cartella o UVM)
DENOMINATORE Totale pazienti <i>dimessi</i> gestiti sul territorio ADI/Hospice
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

ONC4.3 Cure palliative

REQUISITO ONC 4.3.1 E' garantito il contatto con il servizio di cure palliative
INDICATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

% dimessi con prenotazione al servizio di cure palliative
NUMERATORE Numero dimessi con prenotazione al servizio di cure palliative
DENOMINATORE Totale pazienti dimessi eleggibili
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Percorso di Area oncologica: screening

GENERALI AZIENDALI

REQUISITO SCREEA1. * Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.
INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione
NUMERATORE Numero impegni raggiunti
DENOMINATORE Numero impegni regionali
STANDARD BASE 75%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO SCREEA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 40 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO SCREEA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU _i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
DENOMINATORE $\sum W_i$ W _i indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE 70%

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8)
 nota: indicatore aziendale complessivo

<p>REQUISITO SCREEA4. <i>E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</i></p>
<p>INDICATORE 1 <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero di visite specialistiche totali esaminate</i></p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance</p>
<p>INDICATORE 2 <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero di esami diagnostici totali esaminati</i></p>
<p>STANDARD BASE 60 %</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance</p>

<p>REQUISITO SCREEA5. <i>L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</i></p>
<p>INDICATORE 1 <i>Qualità del processo donazione di tessuto corneale</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto corneale</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni</i></p>
<p>STANDARD BASE > = 5%</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

TIPOLOGIA FONTE dati OTT
INDICATORE 2 <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
DENOMINATORE <i>Numero decessi > = 4 anni e < = 75 anni</i>
STANDARD BASE > = 2%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO SCREEM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREEM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO SCREEM3.

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
<p>INDICATORE</p> <p>% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p> <p><i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 35%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)</p>

<p>REQUISITO SCREEM4.</p> <p>E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p> <p><i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>

<p>REQUISITO SCREEM5. *</p> <p>E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>

<p>REQUISITO SCREEM6.</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREEM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

REQUISITO SCREEM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO SCREEM9. Il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ” è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
DENOMINATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREEM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREEM11. * La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p>STANDARD BASE 70%</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale</p>
<p>REQUISITO SCREEM12.</p> <p>Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>Compliance lavaggio mani operatori</p> <p><i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nel quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di lavaggio mani effettuate</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero occasioni di lavaggio mani</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)</p>
<p>STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE farmacia</p>
<p>INDICATORE 3</p> <p>% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 4 <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO SCREEM13 Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREEM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO SCREEM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato un audit</i>
NUMERATORE Numero <i>di audit con cadute con danno</i>
DENOMINATORE Numero cadute con danno

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO SCREEM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREEM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

SCREE1. Accesso al programma

REQUISITO SCREE1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO SCREE1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO SCREE1. (M20) spostato a livello aziendale: A4

SCREE1.1 Convocazione

REQUISITO SCREE 1.1.1 Date e orari degli appuntamenti per la realizzazione del test sono gestiti in maniera flessibile.
INDICATORE Programmazione dell'attività con fasce orarie e giorni disponibili flessibile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO SCREE 1.1.2 Le lettere di invito sono conformi al format regionale
INDICATORE Coerenza formato aziendale e regionale

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO SCREE 1.1.3 I dati degli assistibili sono affidabili
INDICATORE % di lettere di convocazione inviate che risultano inesitate
NUMERATORE Numero di lettere inesitate
DENOMINATORE Numero convocazioni inviate
STANDARD BASE < 10 %
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO

SCREE1.2 Accettazione e accoglienza

REQUISITO SCREE1.2 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREE1.2 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREE1.2 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO SCREE1.2 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

SCREE2. REALIZZAZIONE TEST

REQUISITO SCREE 2.1 Il livello di estensione ai programmi di screening oncologici è conforme ai target LEA nazionali e alle indicazioni regionali
INDICATORE 1 Grado di estensione agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
NUMERATORE Numero soggetti invitati agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
DENOMINATORE Totale della popolazione bersaglio degli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
STANDARD BASE 90 % screening mammografico e screening cervice uterina, 60 % screening colon retto
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO sistema di valutazione delle performance (B5)
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

REQUISITO SCREE 2.2

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Il livello di adesione ai programmi di screening oncologici è conforme ai target LEA nazionali e alle indicazioni regionali
INDICATORE Grado di adesione agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
NUMERATORE Numero soggetti che hanno partecipato agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
DENOMINATORE Numero soggetti invitati agli screening mammografico, cervice uterina e colon-retto
STANDARD BASE 60 % <i>screening mammografico</i> , 50% <i>screening cervice uterina</i> , 50 % <i>screening colon retto</i>
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO sistema di valutazione delle performance (B5)

REQUISITO SCREE 2.3 I tempi di consegna dei referti sono adeguati
INDICATORE 1 Per referto mammografico: % di lettere con esito negativo (basso rischio) inviate entro un tempo stabilito dalla data del test di screening
NUMERATORE Numero di lettere con esito negativo inviate entro un tempo stabilito dalla data del test di screening
DENOMINATORE Numero di lettere con esito negativo inviate
STANDARD BASE 90% entro 21 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 2 Per cervice uterina: % di referti con esito negativo (basso rischio) inviati entro un tempo stabilito dalla data del prelievo del Pap test
NUMERATORE Numero di referti con esito negativo inviati entro un tempo stabilito dalla data del prelievo del Pap test
DENOMINATORE Numero di referti con esito negativo inviati
STANDARD BASE 80% entro 4 settimane
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 3 Per colon-retto: % di referti con esito negativo (basso rischio) inviati entro un tempo stabilito dalla data di

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

riconsegna del SOF
NUMERATORE Numero di referti con esito negativo inviati entro un tempo stabilito dalla data di riconsegna del SOF
DENOMINATORE Numero di referti con esito negativo inviati
STANDARD BASE 90% entro 21 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO

REQUISITO SCREE 2.4 E' previsto un percorso di supporto adeguato per gli operatori sanitari che sono a diretto contatto con i pazienti che andranno inseriti nel percorso diagnostico
INDICATORE 1 % di operatori che sono a diretto contatto con l'utenza che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione-aggiornamento all'anno
NUMERATORE Numero di operatori che sono a diretto contatto con l'utenza che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione-aggiornamento all'anno
DENOMINATORE Numero di operatori totale che sono a diretto contatto con l'utenza
STANDARD BASE 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Attivazione di un percorso di counselling dedicato per gli operatori che sono a diretto contatto con l'utenza
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

SCREE2.2 Valutazione diagnostica

REQUISITO SCREE 2.2.1 E' previsto un apposito programma di monitoraggio per la valutazione della qualità tecnica per la erogazione del test
INDICATORE 1 % Pap-test inadeguati
NUMERATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di Pap-test inadeguati
DENOMINATORE Numero di Pap-test effettuati
STANDARD BASE <7%
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 2 % di SOF inadeguati
NUMERATORE Numero di SOF inadeguati
DENOMINATORE Numero di SOF effettuati
STANDARD BASE <1%
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 3 % di richiami tecnici nello screening mammografico
NUMERATORE Numero di richiami tecnici nello screening mammografico
DENOMINATORE Numero di screening mammografici effettuati
STANDARD BASE <3%
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO

REQUISITO SCREE 2.2.2 E' garantita l'efficacia degli esami diagnostici
INDICATORE 1 Mammografia: tasso di inadeguati (% di C1/B1 sul totale delle lesioni aspirate/biopsiate)
NUMERATORE Numero di C1/B1
DENOMINATORE Numero totale delle lesioni aspirate/biopsiate
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE aziendale
INDICATORE 2

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Cervice: % di campioni bioptici adeguati da biopsia in corso di colposcopia
NUMERATORE Numero di campioni bioptici adeguati da biopsia in corso di colposcopia
DENOMINATORE Numero di campioni bioptici totali da biopsia in corso di colposcopia
STANDARD BASE ≥90%
TIPOLOGIA FONTE aziendale
INDICATORE 3 Colon-retto: % di colonscopie complete
NUMERATORE Numero di colonscopie complete
DENOMINATORE Numero di colonscopie effettuate
STANDARD BASE ≥ 85%
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO

REQUISITO SCREE 2.2.3 I soggetti positivi al test (individuati come ad alto rischio potenziale) sono inseriti nel percorso diagnostico in maniera tempestiva
INDICATORE 1 Mammografico: % primi esame di approfondimento effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test di screening positivo
NUMERATORE Numero di primi esame di approfondimento effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test di screening positivo
DENOMINATORE Numero di test di screening positivi
STANDARD BASE 90% entro 28 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 2 Cervice uterina: % colposcopie effettuate entro un tempo stabilito dalla data di effettuazione del Pap test di screening positivo
NUMERATORE Numero colposcopie effettuate entro un tempo stabilito dalla data di effettuazione del Pap test di screening positivo

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

DENOMINATORE Numero Pap test di screening positivo
STANDARD BASE 60% entro 28 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 3 Colon-retto: % approfondimenti effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test positivo
NUMERATORE Numero di approfondimenti effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test positivo
DENOMINATORE Numero di test positivi
STANDARD BASE > 90% entro 30 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO

REQUISITO SCREE2. (M25) * Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE 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
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

SCREE3. Percorso diagnostico

REQUISITO SCREE 3. I tempi di effettuazione del trattamento chirurgico sono adeguati.
INDICATORE 1 Mammografico: intervallo tra la data del test <i>di screening</i> e la data dell'intervento chirurgico
NUMERATORE Numero di interventi chirurgici effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test
DENOMINATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di interventi chirurgici effettuati a seguito del test
STANDARD BASE Mammografico: 95 % entro 60 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
INDICATORE 2 Cervice: tempo tra la diagnosi pre-intervento e la data dell'intervento chirurgico <i>(l'intervallo di tempo inizia al momento dell'effettuazione della diagnosi, che avviene tramite il risultato dell'esame di approfondimento)</i>
NUMERATORE Numero di interventi chirurgici effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test
DENOMINATORE Numero di interventi chirurgici effettuati a seguito del test
STANDARD BASE Cervice: > 90% entro 30 gg dalla data del test
TIPOLOGIA FONTE aziendale
INDICATORE 3 Colon-retto: tempo tra la diagnosi pre-intervento e la data dell'intervento chirurgico <i>(l'intervallo di tempo inizia al momento dell'effettuazione della diagnosi, che avviene tramite il risultato dell'esame di approfondimento)</i>
NUMERATORE Numero di interventi chirurgici effettuati entro un tempo stabilito dalla data del test
DENOMINATORE Numero di interventi chirurgici effettuati a seguito del test
STANDARD BASE Colon-retto: >90% entro 30 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISPO
REQUISITO SCREE3. (M26) * I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % 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
NUMERATORE 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
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO SCREE3. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE <i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
REQUISITO SCREE3. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<i>Totale dei pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</i>
REQUISITO SCREE3. (M31) * Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli</i>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<i>eventi sentinella</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
REQUISITO SCREE3. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1 % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
STANDARD BASE 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero operatori sanitari</p>
<p>STANDARD BASE 50 %</p> <p>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>

<p>REQUISITO SCREE3. (M33)</p> <p>Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri</p>

<p>REQUISITO SCREE3. (M34)</p> <p>E' garantita la qualità delle prestazioni erogate</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di ricoveri</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1)</p>

<p>REQUISITO SCREE3. (M35)</p> <p>I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta</p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti)</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>% di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare</p> <p><i>(per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?")</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile)</p>
<p>REQUISITO SCREE3. (M36) *</p> <p>Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)</p> <p><i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i></p>

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

REQUISITO SCREE3. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

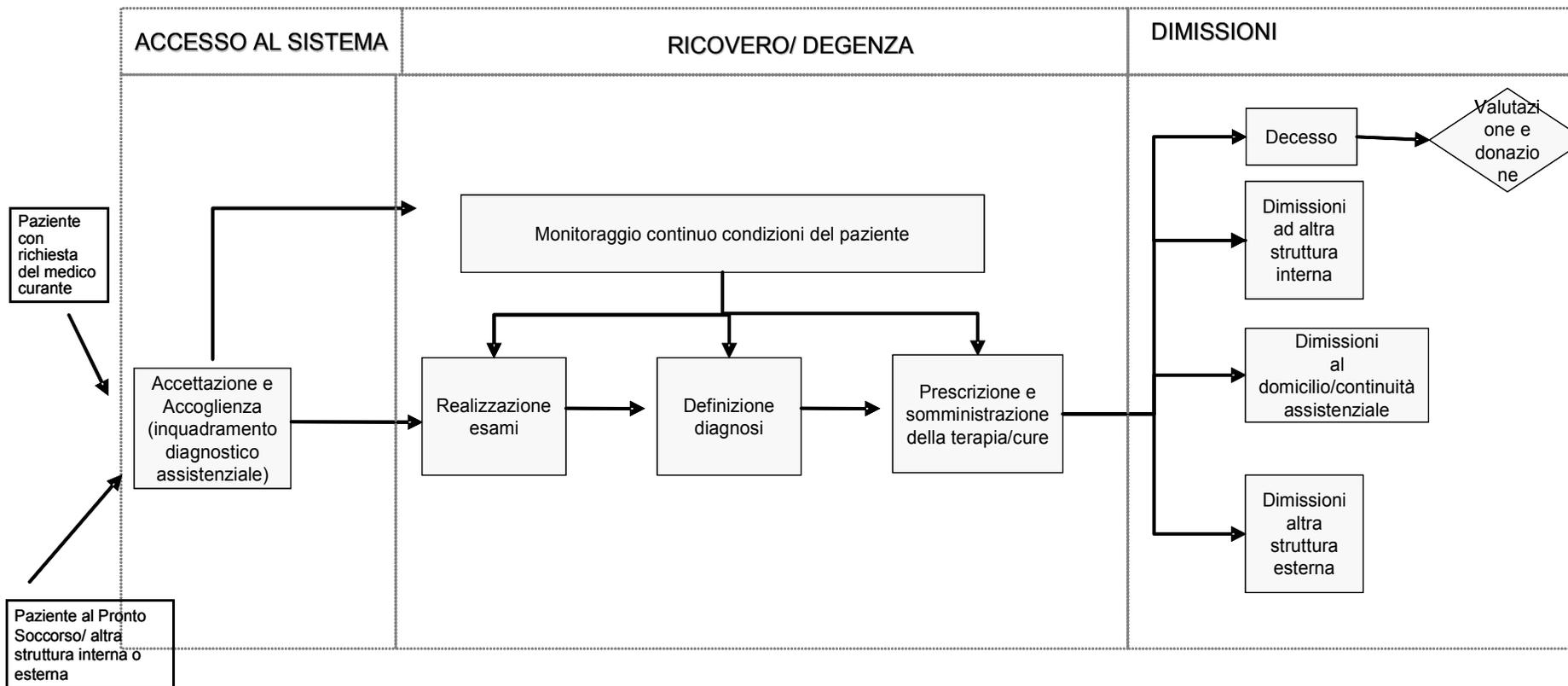
REQUISITO SCREE3. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO SCREE3. (M42) * L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
SCREE4. Follow up
REQUISITO SCREE 4.1 L'insorgere di cancri intervallo è monitorato periodicamente <i>(nota: si fa riferimento al tumore della mammella)</i>
INDICATORE Formalizzazione e adesione a procedure di verifica continua della casistica
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio con dati, visite, revisione di casistica

Tabella n. 3 diagramma di flusso area medica



Percorso di Area medica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	MEA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MEA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MEA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	MEA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	MEA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MEM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MEM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MEM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MEM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MEM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MEM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MEM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	MEM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	MEM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	MEM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
	MEM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area medica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	MEM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MEM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MEM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili (Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MEM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MEM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MEM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
ME1. ACCESSO AL SISTEMA	ME1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ME1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
me1.1 Accettazione e accoglienza (inquadramento diagnostico assistenziale)	ME1.1.1 La prestazione sanitaria è erogata nell'adeguato setting assistenziale	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ME1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Percorso di Area medica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ME1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ME2. RICOVERO/DEGENZA	ME2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ME2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ME2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	ME2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	ME2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
	ME2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME2.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ME2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area medica		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
ME2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
me 2.1 Monitoraggio continuo delle condizioni		
me 2.2 Realizzazione esami		
ME 2.2.1 Sono concordati con i servizi di supporto sanitario (diagnostica strumentale e di laboratorio, consulenze...) i tempi di attesa per la consegna dei risultati della prestazione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME 2.2.2 Il modulo di richiesta relativo agli esami di diagnostica per immagini deve contenere sia il quesito diagnostico che la tipologia di esame da effettuare in termini di proposta	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area medica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
me 2.3 Definizione diagnosi			
me 2.4 Prescrizione e somministrazione della terapia	ME2.4.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ME3. DIMISSIONE	ME3.1.1 L'organizzazione adotta un sistema di segnalazione per pazienti cronici che <i>necessitano di un supporto ulteriore oltre quello erogato</i> da parte del medico di riferimento	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ME3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ME3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ME3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ME3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
me 3.1 Dimissione ad altra struttura interna			

Percorso di Area medica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
me 3.2 Dimissione al domicilio			
me 3.3 Dimissione ad altra struttura esterna	ME 3.4.1 <i>spostato a livello aziendale: A5</i>		
me 3.4 Decesso			

Percorso di Area medica

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO MEA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO MEA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO MEA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU_i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum W_i$ W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8); *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*
 nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO MEA4.

E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)

INDICATORE 1

% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni

NUMERATORE

Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali

DENOMINATORE

Numero di visite specialistiche totali esaminate

STANDARD BASE 70%

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*

INDICATORE 2

% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni

NUMERATORE

Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali

DENOMINATORE

Numero di esami diagnostici totali esaminati

STANDARD BASE 60 %

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*

REQUISITO MEA5.

L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee

INDICATORE 1

Qualità del processo donazione di tessuto corneale

NUMERATORE

Numero donatori di tessuto corneale

DENOMINATORE

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<i>Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni</i>
STANDARD BASE > = 5%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT
INDICATORE 2 <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
DENOMINATORE <i>Numero decessi > = 4 anni e < = 75 anni</i>
STANDARD BASE > = 2%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO MEM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MEM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non</i>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<i>attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<p>REQUISITO MEM3.</p> <p>Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p> <p><i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 35%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO MEM4.</p> <p>E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p> <p><i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO MEM5.*</p> <p>E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza del documento che evidenzia l'organizzazione in atto</p>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MEM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MEM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO MEM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO MEM9. Il " <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> " è diffuso agli operatori
INDICATORE

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

% di operatori a cui è stato diffuso il “Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MEM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MEM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale</p>
<p>REQUISITO MEM12.</p> <p>Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>Compliance lavaggio mani operatori</p> <p><i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nel quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di lavaggio mani effettuate</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero accessori di lavaggio mani</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)</p>
<p>STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE farmacia</p>
<p>INDICATORE 3</p>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4 <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report ricoveri indagine) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO MEM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MEM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<p><i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i></p>
<p>INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO MEM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta</p>
<p>INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p>NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p>DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati</p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i></p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro</p>
<p>NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale</p>
<p>DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro</p>
<p>STANDARD BASE >1</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i></p>
<p>INDICATORE 4</p>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

% di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato</i> un audit
NUMERATORE Numero <i>di audit sulle</i> cadute con danno
DENOMINATORE Numero cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO MEM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MEM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ME1. Accesso al sistema

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

REQUISITO ME1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO ME1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ME1. (M20) spostato a livello aziendale: A4

ME1.1 Accettazione e accoglienza (inquadramento diagnostico assistenziale)

REQUISITO ME1.1.1 La prestazione sanitaria è erogata nell'adeguato setting assistenziale
INDICATORE <i>% dimissioni con DRG Medico LEA sulle dimissioni con DRG Medico</i>
NUMERATORE <i>Numero dimissioni con DRG Medico LEA</i>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

DENOMINATORE
Numero <i>dimissioni con DRG Medico</i>
STANDARD BASE < 24,5 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione della performance (C4.8) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ME1.1 (M21)
Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE
Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ME1.1 (M22)
E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE
Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ME1.1 (M23)
Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1
Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2
% di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE
Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*

REQUISITO ME1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ME2. Ricovero/degenza

REQUISITO ME2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE 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
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ME2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % 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
NUMERATORE 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
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO ME2. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE <i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
REQUISITO ME2. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<i>Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dagli infermieri erano chiare</i>
DENOMINATORE <i>Totale dei pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ME2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 75 %
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ME2. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</i>
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ME2. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
REQUISITO ME2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1 % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p> <p>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>% di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero operatori sanitari</p>
<p>STANDARD BASE 50 %</p> <p>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO ME2. (M33)</p> <p>Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri</p>
<p>REQUISITO ME2. (M34)</p> <p>E' garantita la qualità delle prestazioni erogate</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale</p>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ME2. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare (per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?")
NUMERATORE Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ME2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<p>farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)</p> <p><i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i></p>

<p>REQUISITO ME2. (M37)</p> <p>I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali</p>

<p>REQUISITO ME2. (M38)</p> <p><i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i></p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero schede MEWS correttamente compilate</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche</p>
<p>INDICATORE 2 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 3 <i>abrogato</i></p>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

INDICATORE 4 <i>% mortalità nei DRG a bassa mortalità</i>
NUMERATORE Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i>
DENOMINATORE Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 5 <i>% pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
NUMERATORE <i>Numero pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
DENOMINATORE <i>Numero pazienti con MEWS ></i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i>
REQUISITO ME2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti ; <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

INDICATORE 3 <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
STANDARD BASE <i>si</i>
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 <i>abrogato</i>
INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE <i>80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ME2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ME2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione
--

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ME2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero di cartelle revisionate
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

REQUISITO ME2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

(medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO ME2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

REQUISITO ME2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

REQUISITO ME2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

ME2.2 Realizzazione esami

REQUISITO ME 2.2.1 Sono concordati con i servizi di supporto sanitario (diagnostica strumentale e di laboratorio, consulenze...) i tempi di attesa per la consegna dei risultati della prestazione
INDICATORE % prestazioni realizzate nei tempi concordati
NUMERATORE Numero prestazioni realizzate nei tempi concordati
DENOMINATORE Totale prestazioni effettuate
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO ME 2.2.2 Il modulo di richiesta relativo agli esami di diagnostica per immagini deve contenere sia il quesito diagnostico che la tipologia di esame da effettuare in termini di proposta
INDICATORE % di richieste compilate con la diagnosi e la proposta di esame
NUMERATORE Numero di richieste compilate con la diagnosi e la proposta di esame
DENOMINATORE Numero di richieste complessive
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

ME2.4 Prescrizione e somministrazione della terapia

<p>REQUISITO ME2.4 (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.</p>
<p>INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale</p>
<p>NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale</p>
<p>DENOMINATORE Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i></p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche</p>
<p>INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>

ME3. Dimissione

<p>REQUISITO ME3.1.1 L'organizzazione adotta un sistema di segnalazione per pazienti cronici che <i>necessitano di un supporto ulteriore oltre quello erogato</i> da parte del medico di riferimento</p>
<p>INDICATORE Esistenza di un sistema di segnalazione per pazienti cronici</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali</p>

REQUISITO ME3. (M48)

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ME3. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di dimissioni con attivazione ADI <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
NUMERATORE Numero di dimissioni con attivazione ADI
DENOMINATORE

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

<i>Numero di dimissioni</i>
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ME3. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ME3. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
NUMERATORE

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ME3. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

ME3.4 Decesso

REQUISITO ME.3.4.1 *spostato a livello aziendale: A5*

Tabella n. 4 diagramma di flusso area critica

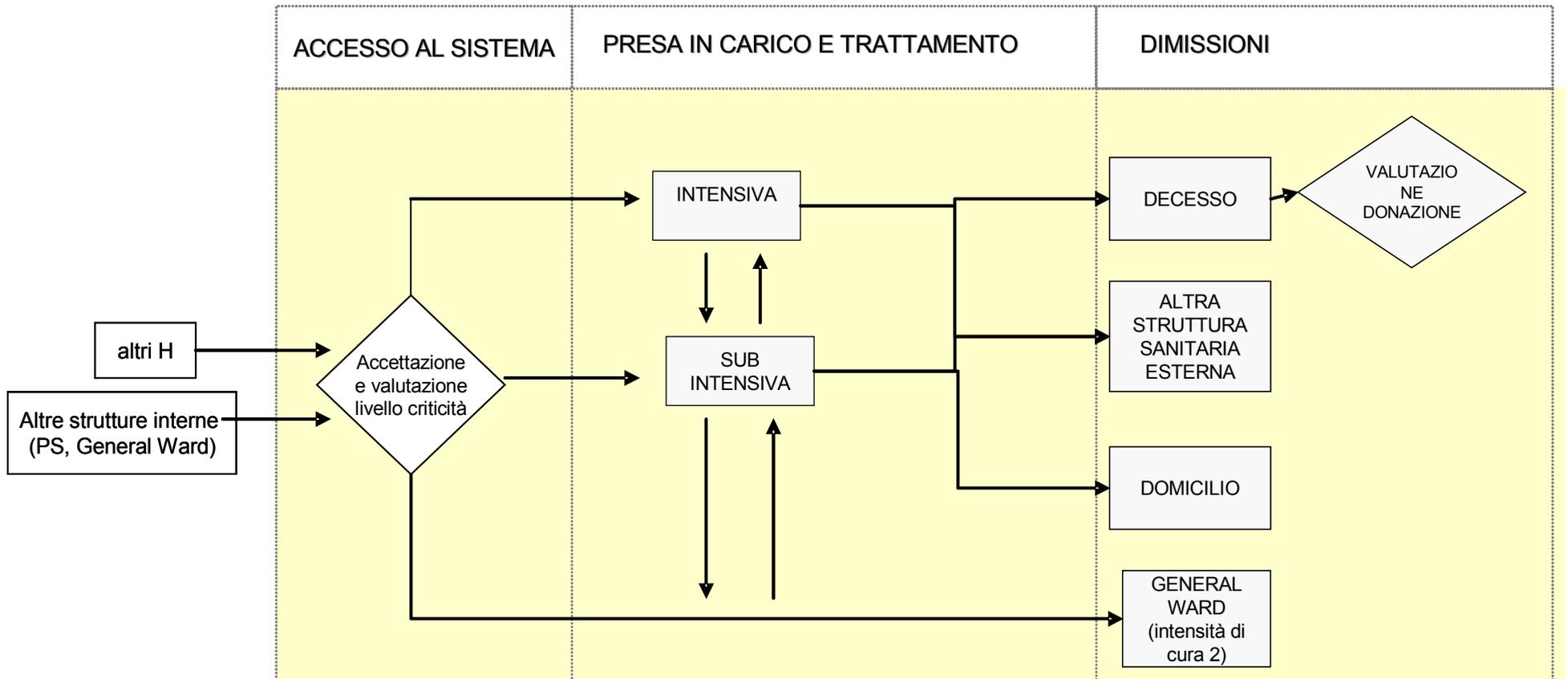


Tabella n. 4 requisiti area critica

Percorso di Area critica			
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA	
ICA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
ICA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
ICA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT	
ICA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT	
ICA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
ICM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
ICM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
ICM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
ICM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
ICM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
ICM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
ICM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT	
ICM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT	
ICM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT	
ICM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT	
ICM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Tabella n. 4 requisiti area critica

Percorso di Area critica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ICM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ICM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ICM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ICM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ICM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ICM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro.....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
IC1. ACCESSO AL SISTEMA	IC1.1 Sono applicate le procedure per il turn over rapido del letto "sala rossa" <i>nota: il tempo è da valutare a seconda dell'organizzazione presente</i>	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	IC1(M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	IC1(M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	IC1(M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
ic1.1 Accettazione e valutazione livello criticità	IC1.1.1 <i>abrogato</i>		
	IC1.1.2 Esiste un sistema di attivazione condiviso ed efficace del team (minimo un rianimatore e un medico non dedicati) che gestisce il paziente critico	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 4 requisiti area critica

Percorso di Area critica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	IC1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
IC2. PRESA IN CARICO E TRATTAMENTO	IC2.1 E' applicata una politica di opening visiting hours (orario di apertura al pubblico libero o più ampio possibile) <i>disciplinata da un regolamento interno aziendale</i>	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2.2 Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	IC2(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC2(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	IC2(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	IC2(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	IC2(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT

Percorso di Area critica		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
IC2(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
IC2(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore efficace e condiviso	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
IC2(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 4 requisiti area critica

Percorso di Area critica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	IC2(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	IC2(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ic 2.1 Intensiva	IC2.1.1 <i>abrogato</i>		
ic 2.2 Subintensiva	IC2.2 <i>abrogato</i>		
IC3. DIMISSIONI	IC3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	IC3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	IC3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	IC3.4(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	IC3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
ic 3.1 Altra struttura sanitaria interna / esterna			
ic 3.2 Domicilio			
ic 3.3 General ward			
ic 3.4 Decesso	IC.3.4.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area critica

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO ICA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO ICA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO ICA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU_i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum W_i$ W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p> <p>nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO ICA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di visite specialistiche totali esaminate</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di esami diagnostici totali esaminati</p>
<p>STANDARD BASE 60 %</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE flusso TAT</p>
<p>REQUISITO ICA5.</p> <p>L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>Qualità del processo donazione di tessuto corneale</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero donatori di tessuto corneale</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni</p>

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

STANDARD BASE $\geq 5\%$
TIPOLOGIA FONTE dati OTT
INDICATORE 2 <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
DENOMINATORE <i>Numero decessi ≥ 4 anni e ≤ 75 anni</i>
STANDARD BASE $\geq 2\%$
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO ICM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ICM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

<p>REQUISITO ICM3.</p> <p>Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p> <p><i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 35%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p>REQUISITO ICM4.</p> <p>E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p> <p><i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>

<p>REQUISITO ICM5.*</p> <p>E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza del documento che evidenzia l'organizzazione in atto</p>
<p>STANDARD BASE si</p>

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
<p>REQUISITO ICM6.</p> <p>L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
<p>INDICATORE 2</p> <p>Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico</p>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
<p>REQUISITO ICM7.</p> <p>Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno</p>
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
<p>REQUISITO ICM8.</p> <p>Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero schede compilate per ogni nuovo assunto</p>

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO ICM9. Il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ” è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
NUMERATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Numero di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ICM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ICM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

DENOMINATORE
Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
<i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
REQUISITO ICM12.
Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1
Compliance lavaggio mani operatori
<i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
NUMERATORE
Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE
Numero accessori di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2
Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE
Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE
Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3
% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

<p>Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</p>
<p>DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>INDICATORE 4 <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i></p>
<p>DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO ICM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti</p>
<p>INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze</p>
<p>INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO ICM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i></p>

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ICM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Numero di <i>audit sulle</i> cadute con danno
DENOMINATORE Numero cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ICM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ICM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

IC1. ACCESSO AL SISTEMA

REQUISITO IC1.1 Sono applicate le procedure per il turn over rapido del letto "sala rossa"
--

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

<i>nota: il tempo è da valutare a seconda dell'organizzazione presente</i>
INDICATORE % pazienti stazionati in “sala rossa” per max 90 minuti
NUMERATORE Numero di pazienti stazionati in “sala rossa” per max 90 minuti
DENOMINATORE Numero di pazienti stazionati in “sala rossa”
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO IC1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto
REQUISITO IC1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO IC1. (M20) spostato a livello aziendale: A4

IC1.1 Accettazione e valutazione livello criticità

REQUISITO IC1.1.1 abrogato

<p>REQUISITO IC1.1.2 Esiste un sistema di attivazione condiviso ed efficace del team (minimo un rianimatore e un medico non dedicati) che gestisce il paziente critico</p>
<p>INDICATORE Esistenza di una procedura condivisa e diffusa che indichi modalità e tempi di attivazione del team</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>INDICATORE 2 % deceduti per arresto cardiaco <i>nota: da interdersi deceduti per arresto cardiaco inatteso</i></p>
<p>NUMERATORE Numero di deceduti per arresto cardiaco</p>
<p>DENOMINATORE Numero di deceduti totali</p>
<p>STANDARD BASE miglioramento rispetto a sé stessi e riferimenti letteratura internazionale</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>revisione cartelle cliniche</i></p>

<p>REQUISITO IC1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche</p>
<p>INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>

<p>REQUISITO IC1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio</p>
<p>INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)</p>

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO IC1.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO IC1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

IC2. PRESA IN CARICO E TRATTAMENTO

REQUISITO IC2.1 E' applicata una politica di opening visiting hours (orario di apertura al pubblico libero o più ampio possibile) <i>disciplinata da un regolamento interno aziendale</i>
INDICATORE 1 % ore di apertura per le visite sulle 24 h
NUMERATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Numero ore di apertura per le visite
DENOMINATORE 24 h
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

REQUISITO IC2.2 Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto
INDICATORE 1 % di lesioni cerebrali acute in PS per cui si effettua un consulto spoke-hub attraverso RISPACS, <i>sia che il paziente venga trasferito presso centro hub o meno</i>
NUMERATORE Numero di consulti spoke-hub attraverso RISPACS
DENOMINATORE Numero lesioni cerebrali acute in PS
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistemi informativi aziendali RISPACS e software DEA
INDICATORE 2 % pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 o cartella PS) <i>dalla struttura inviante</i>
NUMERATORE Numero pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 o cartella PS)
DENOMINATORE Numero pazienti trasferiti da spoke a hub
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Presenza di una procedura per la gestione del paziente con danno cerebrale acuto coerente con le indicazioni regionali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 Tempo medio intercorso tra il primo accesso ad area critica e il trattamento <i>necessario</i>

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

NUMERATORE Somma dei tempi intercorsi tra il primo accesso ad area critica e il trattamento <i>necessario</i>
DENOMINATORE Numero pazienti in area critica a cui è stato effettuato un trattamento <i>necessario</i>
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO IC2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE 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
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO IC2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % 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
NUMERATORE 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
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO IC2. (M27)

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE Attestazione della buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
REQUISITO IC2. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
REQUISITO IC2. (M29). La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO IC2. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO IC2. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 3

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

% di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
REQUISITO IC2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1 % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
STANDARD BASE 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
NUMERATORE Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
DENOMINATORE Numero operatori sanitari
STANDARD BASE 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO IC2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri
REQUISITO IC2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO IC2. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato</p>
<p>INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta</p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta</p>
<p>DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>INDICATORE 2 % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare (<i>per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?"</i>)</p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare</p>
<p>DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO IC2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori</p>
<p>INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a <i>basso</i> peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo) (<i>E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è</i></p>

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

<i>soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i>
REQUISITO IC2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO IC2. (M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i>
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>
INDICATORE 3 <i>abrogato</i>
INDICATORE 4 % mortalità nei DRG a bassa mortalità
NUMERATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i>
DENOMINATORE Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 5 <i>% pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
NUMERATORE <i>Numero pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
DENOMINATORE <i>Numero pazienti con MEWS ></i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i>

REQUISITO IC2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>
INDICATORE 3 <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
STANDARD BASE <i>si</i>
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 <i>abrogato</i>

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO IC2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO IC2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO IC2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

REQUISITO IC2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO IC2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

IC.2.1 Intensiva

REQUISITO IC2.1.1 <i>abrogato</i>
--

IC.2.2 Subintensiva

REQUISITO IC2.2 <i>abrogato</i>
--

IC3. Dimissioni

REQUISITO IC3. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO IC3. (M49)*

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 <i>% di dimissioni con attivazione ADI</i> <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
NUMERATORE <i>Numero di dimissioni con attivazione ADI</i>
DENOMINATORE <i>Numero di dimissioni</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO IC3. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 <i>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i>
NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i>
DENOMINATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO IC3. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO IC3. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
DENOMINATORE

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

<i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

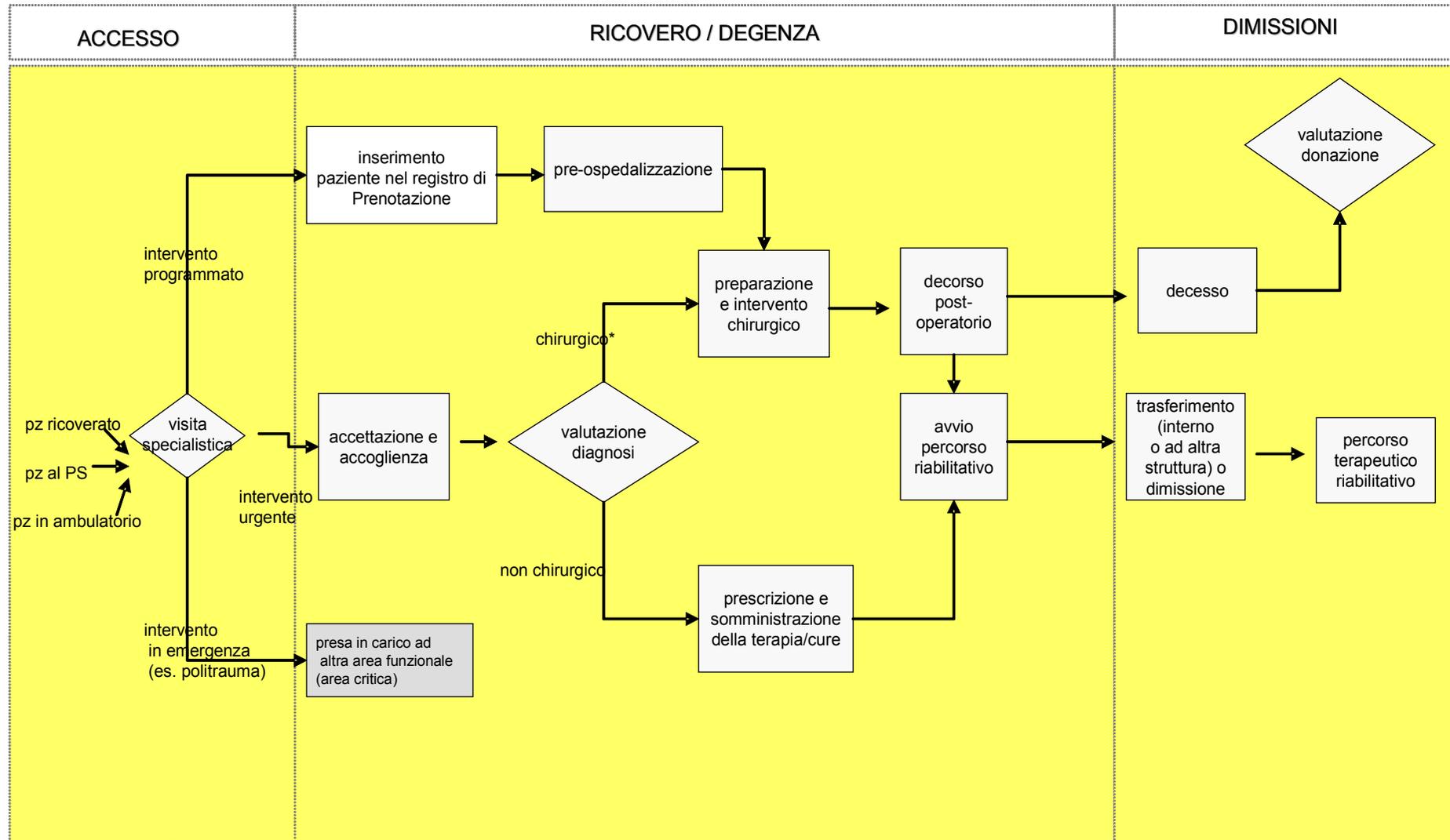
IC3.4 Decesso

REQUISITO IC 3.4

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi
INDICATORE 1 % morti encefaliche individuate
NUMERATORE Numero morti encefaliche
DENOMINATORE Numero decessi con lesioni cerebrali nelle UTI
STANDARD BASE >50%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT - sistema di valutazione delle performance (B6.1.1)
INDICATORE 2 % donatori effettivi di organi
NUMERATORE Numero donatori effettivi
DENOMINATORE Numero morti encefaliche
STANDARD BASE >49%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT - sistema di valutazione delle performance (B6.1.2)

Tabella n. 5 diagramma di flusso area ortopedico traumatologica



*Vedi requisiti percorso chirurgico

Percorso di Area ortopedico traumatologica

REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
ORTOA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ORTOA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ORTOA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
ORTOA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
ORTOA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ORTOM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ORTOM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ORTOM3..Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ORTOM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
ORTOM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
ORTOM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
ORTOM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
ORTOM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
ORTOM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
ORTOM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ORTOM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTOM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTOM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTOM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTOM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTOM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTOM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
ORTO1. ACCESSO AL SISTEMA	ORTO1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
orto1.1 Visita specialistica			

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
ORTO 2. RICOVERO/ DEGENZA	ORTO2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ORTO2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ORTO2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	ORTO2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	ORTO2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
	ORTO2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ORTO2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ORTO2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
orto 2.1 Accettazione e accoglienza	ORTO2.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO2.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
orto 2.2 Valutazione diagnosi chirurgica (vedi percorso	ORTO2.2.1 Il paziente traumatizzato è gestito in maniera efficace e adeguato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
chirurgico) e non	ORTO2.2.2 Sono applicati i protocolli di valutazione multidimensionale preoperatoria	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ORTO2.2.3 L'organizzazione si dota di una buona pratica per le prevenzioni della TVP secondo le indicazioni regionali	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
orto 2.3 Avvio percorso riabilitativo	ORTO2.3.1 La presa in carico, per gli aspetti clinico-assistenziali e riabilitativi, è appropriata ed efficace	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ORTO2.3.2 Il percorso assistenziale-riabilitativo nella fase di post ricovero è gestito in maniera adeguata	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO2.3.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	<i>ORTO 2.4.1 E' garantita una modalità omogenea e trasparente per l'accesso alle prestazioni chirurgiche sia in modalità istituzionale che in libera professione</i>	<i>Equità e accesso</i>	<i>DIRITTI E PARTECIPAZIONE</i>
	<i>ORTO 2.4.2 Il tempo di attesa per gli interventi chirurgici programmati ospedalieri e ambulatoriali è contenuto entro un periodo massimo.</i>	<i>Equità e accesso</i>	<i>DIRITTI E PARTECIPAZIONE</i>
	<i>ORTO 2.4.3 La scheda con la proposta di intervento chirurgico è compilata correttamente dal chirurgo nelle sue parti, compreso il codice di priorità e l'attribuzione del setting assistenziale appropriato</i>	<i>Appropriatezza e qualità clinica</i>	<i>PERFORMANCE ASSISTENZIALI</i>
	ORTO 2.5 E' attivata la pre-ospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ORTO 2.6.1 Il registro di sala operatoria è informatizzato	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ORTO 2.6.2 L'organizzazione si dota di un sistema adeguato di gestione della sicurezza in sala operatoria	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ORTO 3. DIMISSIONI	ORTO3.1.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ORTO3.1.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO3.1.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO3.1.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ORTO3.1.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
orto 3.1 Trasferimento	ORTO 3.1.1 Il percorso assistenziale-riabilitativo nella fase di post ricovero è gestito in maniera adeguata	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
orto 3.2 Decesso	ORTO 3.2.1 <i>spostato a livello aziendale: A5</i>		

Percorso di Area ortopedico traumatologica

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO ORTOA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO ORTOA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO ORTOA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU_i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum W_i$ W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8); *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*

nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO ORTOA4.

E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)

INDICATORE 1

% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni

NUMERATORE

Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali

DENOMINATORE

Numero di visite specialistiche totali esaminate

STANDARD BASE 70%

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*

INDICATORE 2

% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni

NUMERATORE

Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali

DENOMINATORE

Numero di esami diagnostici totali esaminati

STANDARD BASE 60 %

REQUISITO ORTOA5.

L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee

INDICATORE 1

Qualità del processo donazione di tessuto corneale

NUMERATORE

Numero donatori di tessuto corneale

DENOMINATORE

Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

STANDARD BASE $\geq 5\%$
TIPOLOGIA FONTE dati OTT
INDICATORE 2 <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
DENOMINATORE <i>Numero decessi ≥ 4 anni e ≤ 75 anni</i>
STANDARD BASE $\geq 2\%$
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO ORTOM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTOM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

<p>REQUISITO ORTOM3.</p> <p>Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p> <p><i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 35%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO ORTOM4.</p> <p>E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p> <p><i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO ORTOM5.*</p> <p>E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

<p>REQUISITO ORTOM6.</p> <p>L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>

<p>REQUISITO ORTOM7.</p> <p>Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative (<i>Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo"</i>)</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 35%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p>REQUISITO ORTOM8.</p> <p>Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero schede compilate per ogni nuovo assunto</p>
<p>DENOMINATORE</p>

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO ORTOM9. Il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i> è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
NUMERATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Numero di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTOM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTOM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70% <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

REQUISITO ORTOM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero occasioni di lavaggio mani
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4 <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ORTOM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTOM14.

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

<p>E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i></p>
<p>INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO ORTOM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta</p>
<p>INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p>NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p>DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati</p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i></p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro</p>
<p>NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale</p>
<p>DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro</p>
<p>STANDARD BASE >1</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i></p>

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

INDICATORE 4 % di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato un audit</i>
NUMERATORE Numero <i>di audit sulle cadute con danno</i>
DENOMINATORE Numero cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ORTOM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTOM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ORTO1. Accesso al sistema

REQUISITO ORTO1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO ORTO1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ORTO1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>

ORTO2. Ricovero/degenza

REQUISITO ORTO2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p>REQUISITO ORTO2. (M26)*</p> <p>I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 85%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p>REQUISITO ORTO2. (M27)</p> <p>E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza</p>
<p>INDICATORE</p> <p><i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica</p>

<p>REQUISITO ORTO2. (M28)</p> <p>Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente</p>
<p>NUMERATORE</p>

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ORTO2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 75 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ORTO2. (M30)
L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1
% di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2
% pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO ORTO2. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
REQUISITO ORTO2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1 % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
STANDARD BASE 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
NUMERATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

<i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
DENOMINATORE <i>Numero operatori sanitari</i>
STANDARD BASE 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i>

REQUISITO ORTO2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e centro GRC per sinistri

REQUISITO ORTO2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale(solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ORTO2. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare (<i>per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?"</i>)
NUMERATORE Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO ORTO2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo) (<i>E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.</i>)
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice</i>

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

<p><i>(in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i></p>
<p>REQUISITO ORTO2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati</p>
<p>INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali</p>
<p>REQUISITO ORTO2. (M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i></p>
<p>INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i></p>
<p>NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate</p>
<p>DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche</p>
<p>INDICATORE 2 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 3 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 4 <i>% mortalità nei DRG a bassa mortalità</i></p>
<p>NUMERATORE Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i></p>
<p>DENOMINATORE Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i></p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>INDICATORE 5</p>

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

<i>% pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
NUMERATORE <i>Numero pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
DENOMINATORE <i>Numero pazienti con MEWS ></i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i>

REQUISITO ORTO2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>
INDICATORE 3 <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
STANDARD BASE <i>si</i>
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 <i>abrogato</i>
INDICATORE 5

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

% pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ORTO2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ORTO2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ORTO2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

REQUISITO ORTO2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO ORTO2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

REQUISITO ORTO2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO ORTO2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

ORTO2.1 Accettazione e accoglienza

REQUISITO ORTO2.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTO2.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTO2.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*

REQUISITO ORTO2.1 (M24)
E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE
Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ORTO2.2 Valutazione diagnosi chirurgica (vedi percorso chirurgico) e non

REQUISITO ORTO 2.2.1
Il paziente traumatizzato è gestito in maniera efficace e adeguato
INDICATORE 1
% di pazienti con frattura di femore operati entro 2 giorni dall'ammissione
NUMERATORE
Numero di pazienti con frattura di femore operati entro 2 giorni dall'ammissione
DENOMINATORE
Numero interventi per frattura di femore
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.2); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2
% di pazienti traumatizzati (indicare patologie specifiche) a cui è fatta la valutazione multidisciplinare preoperatoria sui pazienti da operare
NUMERATORE
Numero di pazienti traumatizzati a cui è fatta la valutazione multidisciplinare preoperatoria
DENOMINATORE
Numero di pazienti da operare
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ORTO 2.2.2
Sono applicati i protocolli di valutazione multidimensionale preoperatoria
INDICATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

% cartelle cliniche con valutazione multidimensionale preoperatoria (indicare patologie specifiche)	
NUMERATORE	
Numero cartelle cliniche con valutazione multidimensionale preoperatoria	
DENOMINATORE	
Numero cartelle cliniche	
STANDARD BASE	80%
TIPOLOGIA FONTE	revisione cartelle

REQUISITO ORTO 2.2.3	
L'organizzazione si dota di una buona pratica per la prevenzione della TVP secondo le indicazioni regionali	
INDICATORE 1	
<i>% embolie rilevate da SDO rispetto alla cartella clinica</i>	
NUMERATORE	
<i>Numero embolie rilevate da SDO</i>	
DENOMINATORE	
<i>Numero embolie rilevate in cartella clinica</i>	
STANDARD BASE	<i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE	<i>flusso SDO e cartelle cliniche</i>
INDICATORE 2	
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1.000 dimessi con DRG chirurgico	
NUMERATORE	
Numero di dimessi con trombosi venosa profonda o embolia polmonare in diagnosi secondaria	
DENOMINATORE	
Numero dimessi con DRG chirurgico	
STANDARD BASE	<i><15 per 1.000</i>
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C6.4.3); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>	

ORTO2.3 Avvio percorso riabilitativo

REQUISITO ORTO 2.3.1	
La presa in carico, per gli aspetti clinico-assistenziali e riabilitativi, è appropriata ed efficace	
INDICATORE 1	

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

% di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione per i quali è stato avviato
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione per i quali è stato avviato un percorso riabilitativo
DENOMINATORE Numero di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione con una presa in carico del fisioterapista entro i tempi aziendali predefiniti
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione con una presa in carico del fisioterapista entro i tempi aziendali predefiniti
DENOMINATORE Numero di pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ORTO 2.3.2 Il percorso assistenziale-riabilitativo nella fase di post ricovero è gestito in maniera adeguata
INDICATORE % di pazienti a cui viene indicata la figura di riferimento per la gestione del percorso assistenziale-riabilitativo
NUMERATORE Numero di pazienti a cui viene indicata la figura di riferimento per la gestione del percorso assistenziale-riabilitativo
DENOMINATORE Numero di pazienti dimessi
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ORTO2.3 (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTO 2.4.1 <i>E' garantita una modalit� omogenea e trasparente per l'accesso alle prestazioni chirurgiche sia in modalit� istituzionale che in libera professione</i>
INDICATORE 1 <i>I criteri di accesso al registro di prenotazione sono stabiliti, diffusi e applicati</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE <i>documenti aziendali</i>
INDICATORE 2 <i>Presenza di modulo da consegnare al paziente che indichi il numero di inserimento in lista di attesa</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE <i>documenti aziendali</i>

REQUISITO ORTO 2.4.2 <i>Il tempo di attesa per gli interventi chirurgici programmati ospedalieri e ambulatoriali � contenuto entro un periodo massimo.</i>
INDICATORE 1

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

<i>% interventi classe di priorità A erogati entro 30 giorni dalla prenotazione</i>
NUMERATORE <i>Numero di interventi classe di priorità A erogati entro 30 giorni dalla prenotazione</i>
DENOMINATORE <i>Numero di interventi classe di priorità A erogati</i>
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i>
per i privati
INDICATORE 2 <i>% interventi erogati entro la data concordata (vedi standard privati per tipologia di procedura chirurgica)</i>
NUMERATORE <i>Numero di interventi erogati entro la data concordata</i>
DENOMINATORE <i>Numero di interventi erogati</i>
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i>

REQUISITO ORTO 2.4.3 <i>La scheda con la proposta di intervento chirurgico è compilata correttamente dal chirurgo nelle sue parti, compreso il codice di priorità e l'attribuzione del setting assistenziale appropriato</i>
INDICATORE <i>% di schede compilate correttamente</i>
NUMERATORE <i>Numero di schede compilate correttamente</i>
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti con proposta di intervento</i>
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i>

REQUISITO ORTO 2.5 <i>E' attivata la pre-ospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmati</i>
INDICATORE <i>Degenza media pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati</i>
NUMERATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

<i>Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico</i>
DENOMINATORE <i>Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico</i>
STANDARD BASE 1 giorno dall'ammissione
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C3); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ORTO 2.6.1 <i>Il registro di sala operatoria è informatizzato</i>
INDICATORE <i>Informatizzazione della registrazione dei dati di sala operatoria secondo requisiti definiti a livello regionale (assicurarsi che ci sia come campo obbligatorio la data e ore magari con rilevazione automatica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO ORTO 2.6.2 <i>L'organizzazione si dota di un sistema adeguato di gestione della sicurezza in sala operatoria</i>
INDICATORE 1 <i>% di procedure effettuate con l'adozione della check list di sala operatoria coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale</i> <i>nota: fare riferimento a tutte le sale operatorie afferenti alla struttura organizzativa funzionale</i>
NUMERATORE <i>Numero di procedure effettuate con l'adozione della check list di sala operatoria coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale</i>
DENOMINATORE <i>Numero di procedure effettuate</i>
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 <i>% di procedure effettuate con contrassegno del sito-lato coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale</i>
NUMERATORE <i>Numero di procedure effettuate con contrassegno del sito-lato coerenti con raccomandazioni ministeriali e BP regionale</i>
DENOMINATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

<i>Numero procedure effettuate che necessitano distinzione sito-lato</i>
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 <i>% di procedure effettuate con supporto strumento strutturato per conteggio garze e strumentario e tracciabilità del materiale per procedure di sterilizzazione e dei dispositivi impiantati</i>
NUMERATORE <i>Numero di procedure effettuate con supporto strumento strutturato per conteggio garze e strumentario e tracciabilità del materiale per procedure di sterilizzazione e dei dispositivi impiantati</i>
DENOMINATORE <i>Numero totale procedure</i>
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 <i>Esiste una procedura aziendale per gestire l'accesso alle prestazioni chirurgiche dei pazienti allergici al lattice (fare riferimento a tutte le sale operatorie afferenti alla struttura organizzativa funzionale)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

ORTO3. Dimissioni

REQUISITO ORTO3.1 (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ORTO3.1 (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 <i>% di dimissioni con attivazione ADI</i> <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
NUMERATORE <i>Numero di dimissioni con attivazione ADI</i>
DENOMINATORE <i>Numero di dimissioni</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO ORTO3.1 (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 <i>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i>
NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i>
DENOMINATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO ORTO3.1 (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ORTO3.1 (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
DENOMINATORE

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

<i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

ORTO3.1 Trasferimento

REQUISITO ORTO 3.1.1

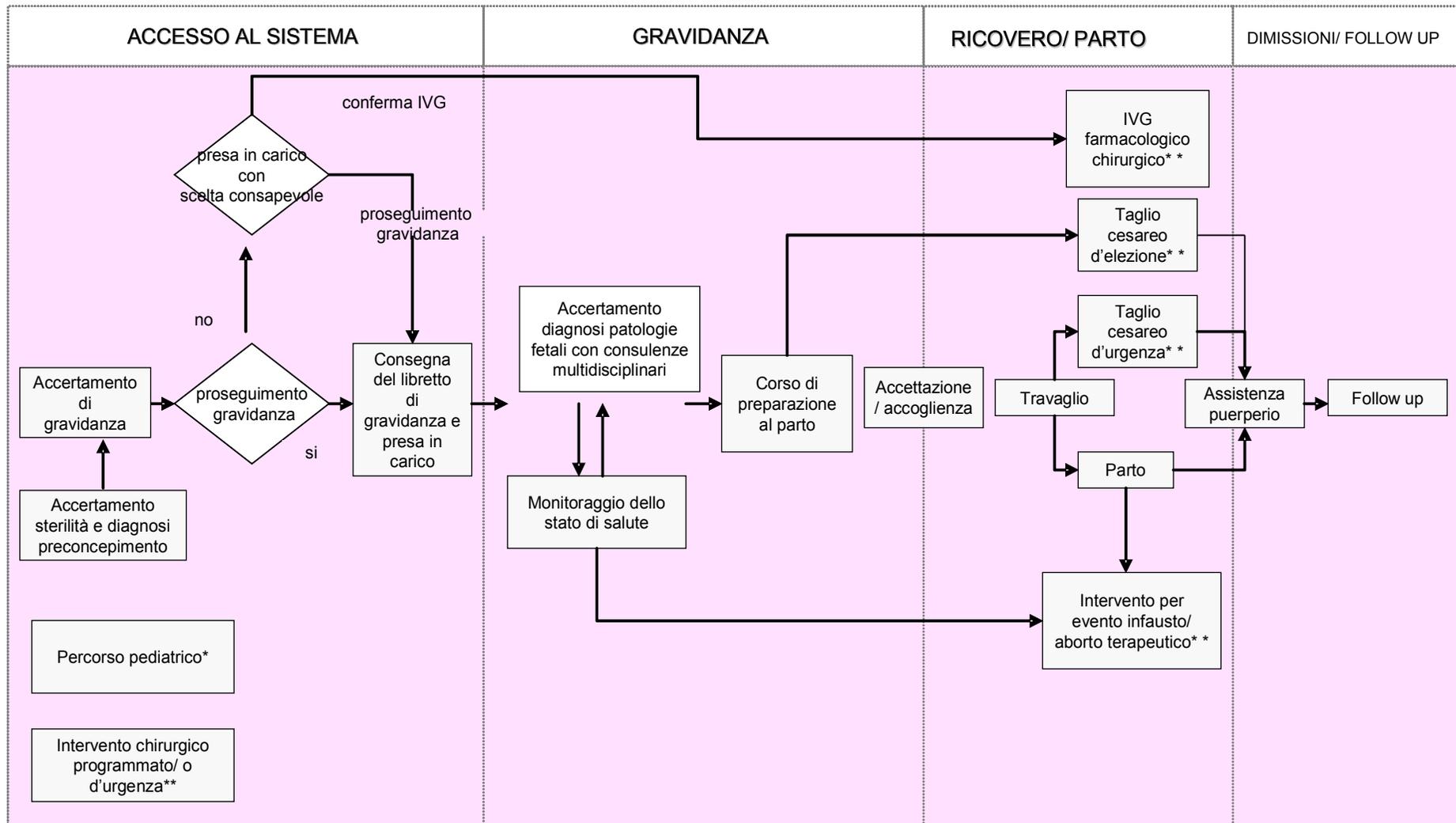
Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Il percorso assistenziale-riabilitativo nella fase di post ricovero è gestito in maniera adeguata
INDICATORE % di pazienti a cui viene indicata la <i>struttura</i> di riferimento per la gestione del percorso assistenziale-riabilitativo
NUMERATORE Numero di pazienti a cui viene indicata la <i>struttura</i> di riferimento per la gestione del percorso assistenziale-riabilitativo
DENOMINATORE Totale dei pazienti dimessi
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

ORTO3.2 Decesso

REQUISITO ORTO 3.2.1 <i>spostato a livello aziendale: A5</i>

Tabella n. 6 area materno infantile - diagramma di flusso: nascita



Percorso di Area materno infantile - nascita			
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA	
MANA1*. Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
MANA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
MANA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT	
MANA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT	
MANA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
MANM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
MANM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
MANM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
MANM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
MANM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
MANM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
MANM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT	
MANM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT	
MANM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT	
MANM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT	
MANM11*. La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Percorso di Area materno infantile - nascita			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	MANM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MANM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MANM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MANM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MANM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MANM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
MAN1. ACCESSO AL SISTEMA			
man 1.1 Accertamento sterilità e diagnosi preconcipimento			
man 1.2 Accertamento di gravidanza	MAN1.2.1 Il consultorio ha un programma di mediazione linguistico culturale diffusa	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
man 1.3 Consegna del libretto di gravidanza e presa in carico	MAN1.3.1 La consegna del libretto di gravidanza è gestita in maniera appropriata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
MAN2. GRAVIDANZA			

Percorso di Area materno infantile - nascita			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
man 2.1 Monitoraggio dello stato di salute/ accertamento diagnosi patologie fetali	MAN2.1.1 La richiesta di esami di diagnostica genetica prenatale deve <i>essere preceduta dalla consulenza genetica</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
man 2.2 Corso di preparazione al parto	MAN2.2.1 Ad ogni donna è favorito l'accesso al corso di preparazione al parto	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN2.2.2 E' garantita un'offerta differenziata (tempi) nella realizzazione del corso di preparazione al parto	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAN2.2.3 L'organizzazione offre modalità differenziate di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. RICOVERO/PARTO	MAN3.(M25) *Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAN3.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAN3.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MAN3.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	MAN3.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
MAN3.(M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

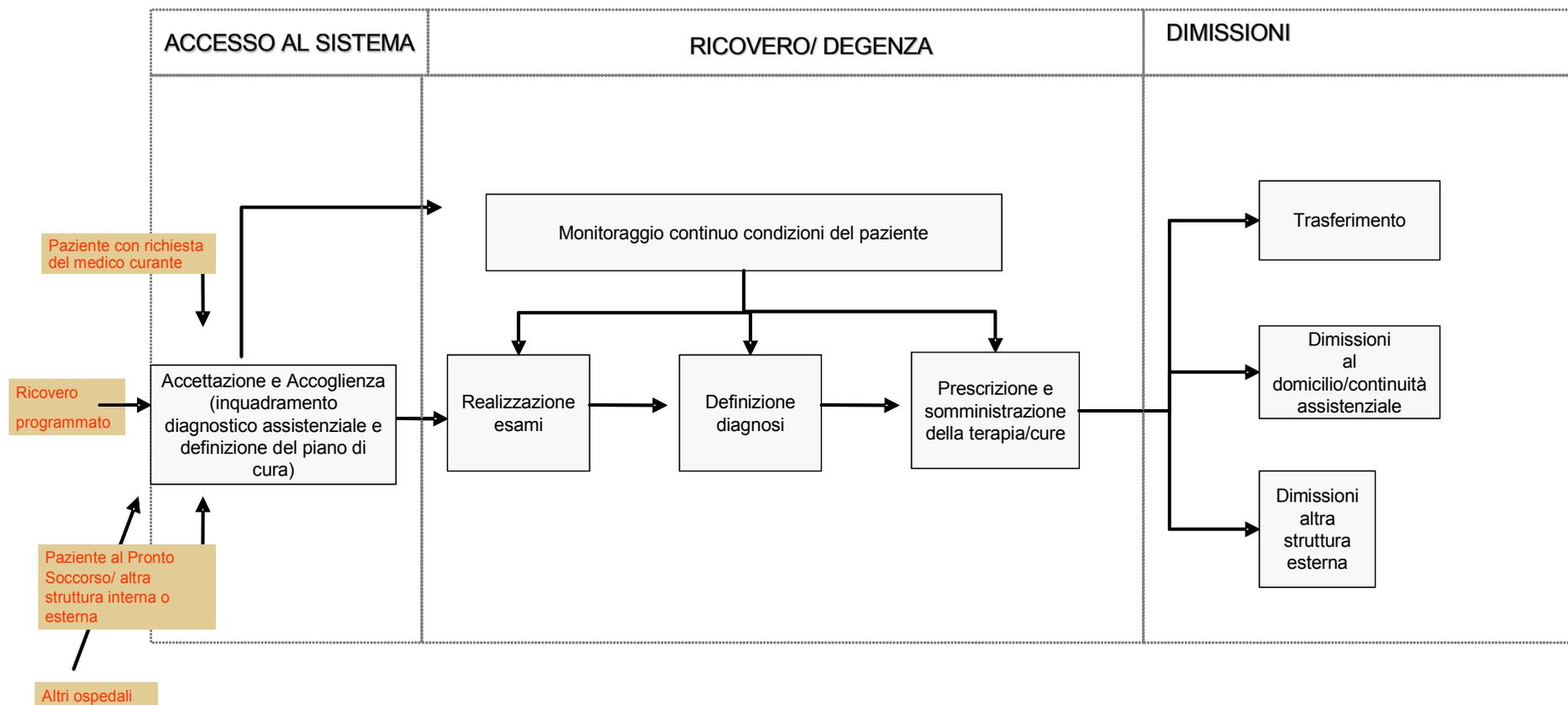
Percorso di Area materno infantile - nascita

REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
MAN3.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3.(M36) *Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. (M40) *Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAN3. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area materno infantile - nascita			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	MAN3.(M47) *Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
man3.1 Accettazione e accoglienza	MAN3.1 (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAN3.1 (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAN3.1 (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
	MAN3.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN3.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
man 3.2 Travaglio	MAN 3.2.1 E' attivo un sistema di accettazione/accoglienza efficace	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAN 3.2.2 L'organizzazione offre modalità differenziate di gestione del dolore nel parto	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
man 3.3 Parto	MAN 3.3.1 La gestione del parto è appropriata	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
man 3.4 Taglio cesareo d'urgenza	MAN 3.4.1 La gestione del parto è appropriata	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
man 3.5 Taglio cesareo d'elezione	MAN 3.5.1 La gestione del parto è appropriata	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
man 3.6 Intervento per evento infausto / aborto terapeutico	MAN 3.6.1 <i>abrogato</i>		
Man 3.7 Intervento per evento infausto / aborto terapeutico	MAN 3.7.1 Esiste una modalità strutturata per il supporto della donna e i suoi familiari nella gestione del lutto post evento infausto	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Percorso di Area materno infantile - nascita			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
MAN4. DIMISSIONE	MAN4.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAN4. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAN4. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAN4. (M51) *Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAN4. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
man 4.1 Assistenza puerperio	MAN4.1.1 Ad ogni donna è garantito un supporto specialistico per la buona gestione della fase post-partum	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
man 4.2 Follow up	MAN4.2.1 L'organizzazione offre modalità differenziate di assistenza al neonato	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT

Tabella n. 6 area materno infantile - diagramma di flusso : pediatrico



Percorso di Area materno infantile - pediatrico			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	MAPA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAPA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	MAPA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	MAPA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAPM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAPM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAPM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAPM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAPM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MAPM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti.	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MAPM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	MAPM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	MAPM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	MAPM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
	MAPM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area materno infantile - pediatrico			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	MAPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAPM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAPM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAPM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAPM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAPM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
MAP1. ACCESSO AL SISTEMA			
map1.1 Accettazione e accoglienza	MAP1.1.1 Sono previste delle attività ricreative ed educative giornaliere e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP1.1 (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAP1.1 (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il genitore/ tutore l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAP1.1 (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
	MAP1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il genitore/ tutore finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Percorso di Area materno infantile - pediatrico			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
MAP2. RICOVERO/DEGENZA	MAP2.1 L'accesso h 24 alla struttura, da parte dei visitatori, è regolamentato	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.2 Sono coinvolti genitori/ tutori nel sostegno psicologico del paziente nell'esecuzione di procedure invasive	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.3 Esiste una procedura di gestione del consenso informato coerente con la specificità pediatrica	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.(M25)* Il genitore/ tutore riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il genitore/ tutore sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il genitore/ tutore (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il genitore/ tutore e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAP2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAP2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	MAP2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	MAP2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
	MAP2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	MAP2.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Percorso di Area materno infantile - pediatrico

REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
MAP2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
MAP2.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area materno infantile - pediatrico			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
map 2.1 Monitoraggio continuo delle condizioni	MAP 2.1 La richiesta di esami di diagnostica genetica deve essere <i>preceduta dalla consulenza genetica</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
map 2.2 Realizzazione esami	MAP2.2.1 E' garantito che negli orari dei pasti non vengano effettuati esami diagnostici e strumentali	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP2.2.2 Sono concordati con i servizi di supporto sanitario (diagnostica strumentale e di laboratorio, consulenze...) i tempi di attesa per la consegna dei risultati della prestazione	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	MAP2.2.3 Il modulo di richiesta relativo agli esami di diagnostica per immagini deve contenere sia il quesito diagnostico che la tipologia di esame da effettuare in termini di proposta	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
map 2.3 Definizione diagnosi			
map 2.4 Prescrizione e somministrazione della terapia			
MAP4. DIMISSIONE	MAP 4.1 L'organizzazione adotta un sistema di segnalazione al territorio per pazienti critici <i>che necessitano di un supporto ulteriore oltre quello erogato da parte del pediatra di libera scelta</i>	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAP4. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	MAP4. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAP4. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAP4 (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	MAP4. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
map 4.1 Assistenza puerperio			
map 4.2 Follow up			

Percorso di Area materno infantile: nascita

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO MANA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) ;<i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO MANA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO MANA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLUi \times Wi)$ FLUi indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum Wi$ Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
 nota: indicatore aziendale complessivo

<p>REQUISITO MANA4. <i>E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</i></p>
<p>INDICATORE 1 <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero di visite specialistiche totali esaminate</i></p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 2 <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero di esami diagnostici totali esaminati</i></p>
<p>STANDARD BASE 60 %</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE flusso TAT</p>

<p>REQUISITO MANA5. <i>L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</i></p>
<p>INDICATORE 1 <i>Qualità del processo donazione di tessuto corneale</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto corneale</i></p>
<p>DENOMINATORE</p>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<i>Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni</i>
STANDARD BASE > = 5%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT
INDICATORE 2 <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
DENOMINATORE <i>Numero decessi > = 4 anni e < = 75 anni</i>
STANDARD BASE > = 2%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO MANM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MANM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non</i>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<i>attuato si procede con il monitoraggio interno</i>	
REQUISITO MANM3.	
Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	
INDICATORE	
% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>	
NUMERATORE	
Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno	
DENOMINATORE	
Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno	
STANDARD BASE	35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>	
REQUISITO MANM4.	
E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	
INDICATORE	
% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione <i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i>	
NUMERATORE	
Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione	
DENOMINATORE	
Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione	
STANDARD BASE	90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale	
REQUISITO MANM5.*	
E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	
INDICATORE	
Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto	

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MANM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MANM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MANM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO MANM9. Il " <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> " è diffuso agli operatori
INDICATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% di operatori a cui è stato diffuso il “Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MANM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MANM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

NUMERATORE
Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE
Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
<i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

REQUISITO MANM12
Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1
Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
NUMERATORE
Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE
Numero occasioni di lavaggio mani
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2
Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE
Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE
Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4 <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MANM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MANM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<p><i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i></p>
<p>INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO MANM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta</p>
<p>INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p>NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p>DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati</p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i></p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro</p>
<p>NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale</p>
<p>DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro</p>
<p>STANDARD BASE >1</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i></p>
<p>INDICATORE 4</p>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% di cadute <i>con danno</i> su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE Numero di <i>audit sulle</i> cadute con danno
DENOMINATORE Numero cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO MANM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MANM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

MAN1. Accesso al sistema

MAN1.2 Accertamento di gravidanza

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MAN1.2.1 Il consultorio ha un programma di mediazione linguistico culturale diffusa
INDICATORE Rischio relativo di IVG di donne straniere rispetto alle donne italiane
NUMERATORE Tasso IVG di donne studio straniere
DENOMINATORE Tasso IVG di donne studio italiane
STANDARD BASE miglioramento rispetto a sé stessi
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B9.8); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

MAN1.3 Consegna del libretto di gravidanza e presa in carico

REQUISITO MAN1.3.1 La consegna del libretto di gravidanza è gestita in maniera appropriata
INDICATORE 1 % di donne che dichiarano che hanno ricevuto il libretto di gravidanza dal personale ostetrico <i>(Si considerano nel conteggio le figure professionali sanitarie, ovvero ostetrica del consultorio, ostetrica ospedaliera, ginecologo del consultorio e ginecologo ospedaliero)</i>
NUMERATORE Numero di donne che dichiarano che hanno ricevuto il libretto di gravidanza dal personale ostetrico
DENOMINATORE Numero di donne intervistate
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine materno-infantile) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 Tempi e modalità di consegna flessibili da parte del proprio consultorio
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

MAN2. Gravidanza

MAN2.1 Monitoraggio dello stato di salute/accertamento diagnosi patologiche fetali

REQUISITO MAN 2.1.1 La richiesta di esami di diagnostica genetica prenatale deve essere <i>preceduta dalla</i>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<i>consulenza genetica</i>
INDICATORE <i>% di richieste di esami di diagnostica genetica prenatale con pre precedente consulenza genetica effettuata</i>
NUMERATORE <i>Numero di richieste di esami di diagnostica genetica prenatale con pre precedente consulenza genetica effettuata</i>
DENOMINATORE <i>Numero totale di richieste di esami di diagnostica genetica prenatale</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

MAN2.2 Corso di preparazione al parto

REQUISITO MAN 2.2.1 <i>Ad ogni donna è favorito l'accesso al corso di preparazione al parto</i>
INDICATORE 1 <i>Rischio relativo di partecipazione al corso di preparazione al parto per titolo di studio</i>
NUMERATORE <i>% di donne con basso titolo di studio che partecipano al corso</i>
DENOMINATORE <i>% di donne con alto titolo di studio che partecipano al corso</i>
STANDARD BASE miglioramento rispetto a sé stessi
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine materno-infantile) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 <i>% di donne primipare che partecipano al corso di preparazione al parto</i>
NUMERATORE <i>Numero di donne primipare che partecipano al corso</i>
DENOMINATORE <i>Numero di parti di donne primipare</i>
STANDARD BASE <i>miglioramento rispetto a sé stessi (il valore a tendere è 70%)</i>
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine materno-infantile) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO MAN2.2.2

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

E' garantita un'offerta differenziata (tempi) nella realizzazione del corso di preparazione al parto
INDICATORE Corsi programmati con almeno due opzioni (una infrasettimanale e una pre-festiva)
NUMERATORE Numero di corsi programmati con due opzioni
DENOMINATORE Totale dei corsi programmati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO MAN2.2.3 L'organizzazione offre modalità differenziate di gestione del dolore
INDICATORE 1 <i>abrogato</i>
INDICATORE 2 <i>Il corso di preparazione al parto fornisce informazioni sulla possibile scelta della analgesia</i>
STANDARD BASE Si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3 % di visite anestesiolgiche effettuate alle donne in gravidanza con previsione di parto <i>vaginale</i>
NUMERATORE Numero di visite anestesiolgiche effettuate alle donne in gravidanza con previsione di parto <i>vaginale</i>
DENOMINATORE Donne in gravidanza con previsione di parto <i>vaginale</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE cartelle cliniche
INDICATORE 4 % di corsi attivati con contenuti teorici e pratici sulla gestione del dolore
NUMERATORE Numero di corsi attivati con contenuti teorici e pratici sulla gestione del dolore
DENOMINATORE Numero di corsi attivati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

MAN3. Ricovero/parto

<p>REQUISITO MAN3. (M25)*</p> <p>Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p>REQUISITO MAN3. (M26)*</p> <p>I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 85%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p>REQUISITO MAN3. (M27)</p> <p>E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza</p>
<p>INDICATORE</p> <p><i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile</p>
<p>STANDARD BASE si</p>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
REQUISITO MAN3. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO MAN3. (M29)

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 75 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAN3. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAN3. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

DENOMINATORE
Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4
% di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE
Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE
Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 5
% di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE
Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE
Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
REQUISITO MAN3. (M32)
Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1
% di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE
Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE
Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
STANDARD BASE 90%
<i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

INDICATORE 2 <i>% di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
NUMERATORE <i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
DENOMINATORE <i>Numero operatori sanitari</i>
STANDARD BASE 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAN3. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri

REQUISITO MAN3. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE <i>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)</i>
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAN3. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare (per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?")
NUMERATORE Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO MAN3. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo) <i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i>

REQUISITO MAN3. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO MAN3. (M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i>
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>
INDICATORE 3 <i>abrogato</i>
INDICATORE 4 % mortalità nei DRG a bassa mortalità
NUMERATORE Numero deceduti con DRG a bassa mortalità
DENOMINATORE Numero dimessi con DRG a bassa mortalità
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 5 <i>% pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
NUMERATORE <i>Numero pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
DENOMINATORE <i>Numero pazienti con MEWS ></i>
STANDARD BASE <i>80%</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAN3. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE <i>almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti; per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>revisione cartelle cliniche</i>
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>
INDICATORE 3 <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
STANDARD BASE <i>si</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>documenti aziendali</i>
INDICATORE 4 <i>abrogato</i>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO MAN3. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO MAN3. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAN3. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle revisionate
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

REQUISITO MAN3. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO MAN3. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

REQUISITO MAN3. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO MAN3. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO MAN3. (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

MAN3.1 Accettazione e accoglienza

REQUISITO MAN3.1 (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO MAN3.1 (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAN3.1 (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>

REQUISITO MAN3.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAN3.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MAN3.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAN3.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

MAN3.2 Travaglio

REQUISITO MAN 3.2.1 E' attivo un sistema di accettazione/accoglienza efficace
INDICATORE % casi triagiati (triage ostetrico) <i>di gravidanze non a termine (inferiore a 37 settimane)</i>
NUMERATORE Numero di casi triagiati (triage ostetrico) <i>di gravidanze non a termine (inferiore a 37 settimane)</i>
DENOMINATORE Numero totale di <i>gravidanze non a termine (inferiore a 37 settimane)</i>
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO MAN 3.2.2 L'organizzazione offre modalità differenziate di gestione del dolore nel parto
INDICATORE 1 % di parti <i>vaginali</i> eleggibili realizzati con analgesia
NUMERATORE Numero di parti <i>vaginali</i> eleggibili realizzati con analgesia
DENOMINATORE Totale dei parti <i>vaginali eleggibili</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>
INDICATORE 3 <i>abrogato</i>
INDICATORE 4 <i>abrogato</i>

MAN3.3 Parto / MAN3.4 Taglio cesareo di urgenza / MAN3.5 Taglio cesareo d'elezione

REQUISITO MAN 3.3.1 (e anche 3.4.1 - 3.5.1) La gestione del parto è appropriata
INDICATORE 1 % di parti cesarei depurati (NTSV)
NUMERATORE Numero di parti cesarei depurati (NTSV)
DENOMINATORE Numero di parti depurati (NTSV)
STANDARD BASE 24%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C7.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % di parti con induzione farmacologica
NUMERATORE Numero di parti vaginali con induzione farmacologica
DENOMINATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero di parti vaginali
STANDARD BASE 20%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C7.2); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 Percentuale di episiotomie su parti vaginali NTSV
NUMERATORE Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali NTSV
DENOMINATORE Numero di parti vaginali NTSV
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C7.3); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

MAN3.6 Intervento per evento infausto/aborto terapeutico

REQUISITO MAN 3.6.1 *abrogato*

MAN3.7 Intervento per evento infausto/aborto terapeutico

REQUISITO MAN3.7.1 Esiste una modalità strutturata per il supporto della donna e i suoi familiari nella gestione del lutto post evento infausto
INDICATORE Presenza di procedura
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

MAN4. Dimissioni

REQUISITO MAN4. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAN4. (M49) * La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di dimissioni con attivazione ADI <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
NUMERATORE Numero di dimissioni con attivazione ADI
DENOMINATORE Numero di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAN4. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
--

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<p>INDICATORE 1</p> <p>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p>
<p>REQUISITO MAN4. (M51) *</p> <p>Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di lettere di dimissioni compilate correttamente</p> <p>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero totale lettere di dimissioni</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche</p>
<p>REQUISITO MAN4. (M52)</p>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

MAN 4.1 Assistenza puerperio

REQUISITO MAN 4.1.1 Ad ogni donna è garantito un supporto specialistico per la buona gestione della fase post-partum
INDICATORE 1 % di donne con basso titolo di studio che ricevono la visita a domicilio dell'ostetrica dopo il parto
NUMERATORE Numero di donne con basso titolo di studio che ricevono la visita a domicilio dell'ostetrica dopo il parto
DENOMINATORE Numero di donne con basso titolo di studio che hanno partorito
STANDARD BASE 50 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione della performance (report indagine materno-infantile) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 Presenza di programmi per il supporto della donna nella gestione del periodo post-partum
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

MAN 4.2 Follow-up

REQUISITO MAN 4.2.1 L'organizzazione offre modalità differenziate di assistenza al neonato
INDICATORE Procedure per organizzazione della nursery e della modalità rooming-in
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

Percorso di Area materno infantile: pediatrico

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO MAPA1. * Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>

<p>REQUISITO MAPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>

<p>REQUISITO MAPA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLUi \times Wi)$ FLUi indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum Wi$ Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO MAPA4.

E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)

INDICATORE 1

% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni

NUMERATORE

Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali

DENOMINATORE

Numero di visite specialistiche totali esaminate

STANDARD BASE 70%

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; *laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno*

INDICATORE 2

% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni

NUMERATORE

Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali

DENOMINATORE

Numero di esami diagnostici totali esaminati

STANDARD BASE 60 %

TIPOLOGIA FONTE flusso TAT

REQUISITO MANA5.

L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee

INDICATORE 1

Qualità del processo donazione di tessuto corneale

NUMERATORE

Numero donatori di tessuto corneale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

DENOMINATORE Numero decessi ≥ 5 anni e ≤ 75 anni
STANDARD BASE $\geq 5\%$
TIPOLOGIA FONTE dati OTT
INDICATORE 2 Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts
NUMERATORE Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts
DENOMINATORE Numero decessi ≥ 4 anni e ≤ 75 anni
STANDARD BASE $\geq 2\%$
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

REQUISITO MAPM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAPM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti (Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO MAPM3.</p> <p>Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p> <p><i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 35%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO MAPM4.</p> <p>E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p> <p><i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO MAPM5. *</p> <p>E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAPM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAPM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAPM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO MAPM9. Il " <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> " è diffuso agli operatori
INDICATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% di operatori a cui è stato diffuso il “Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAPM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAPM11. * La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70% <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

REQUISITO MAPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero occasioni di lavaggio mani
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE farmacia

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

INDICATORE 3
% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4
% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE
<i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
DENOMINATORE
<i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAPM13.
Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1
Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2
Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAPM14.

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAPM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

INDICATORE 4 <i>% di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit</i>
NUMERATORE <i>Numero di audit sulle cadute con danno</i>
DENOMINATORE Numero cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO MAPM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAPM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

MAP1. Accesso al Sistema

MAP1.1 Accettazione e accoglienza

<p>REQUISITO MAP1.1.1 Sono previste delle attività ricreative ed educative giornaliere e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza</p>
<p>INDICATORE Presenza di un programma dedicato</p>
<p>STANDARD BASE Si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali</p>

<p>REQUISITO MAP1.1 (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente</p>
<p>INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale</p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale</p>
<p>DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto</p>

<p>REQUISITO MAP1.1 (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione</p>
<p>INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i></p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso</p>
<p>DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

REQUISITO MAP1.1 (M20) *spostato a livello aziendale: A4*

REQUISITO MAP1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAP1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAP1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

MAP2. Ricovero/degenza

REQUISITO MAP2.1 L'accesso h 24 alla struttura, da parte dei visitatori, è regolamentato
INDICATORE Presenza di una programmazione dell'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MAP2.2 Sono coinvolti genitori/ tutor nel sostegno psicologico del paziente nell'esecuzione di procedure invasive
INDICATORE Presenza di un programma specifico per l'informazione e il coinvolgimento dei genitori/ tutor nelle procedure invasive
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO MAP2.3 Esiste una procedura di gestione del consenso informato coerente con la specificità pediatrica
INDICATORE Presenza di un modello di consenso informato specifico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i>

REQUISITO MAP2. (M25) * Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE 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
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAP2. (M26) *

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % 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
NUMERATORE 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
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAP2. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE <i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica

REQUISITO MAP2. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute dai medici erano <i>chiare</i>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dagli infermieri erano chiare
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dagli infermieri erano chiare
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAP2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 75 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAP2. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
per strutture ospedaliere pubbliche
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAP2. (M31) * Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

NUMERATORE
Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE
Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>

REQUISITO MAP2. (M32)
Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1
<i>% di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</i>
NUMERATORE
<i>Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</i>
DENOMINATORE
<i>Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente</i>
STANDARD BASE 90%
<i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2
<i>% di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
NUMERATORE
<i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
DENOMINATORE
<i>Numero operatori sanitari</i>
STANDARD BASE 50 %
<i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MAP2. (M33)
Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri

REQUISITO MAP2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAP2. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

INDICATORE 2 % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare (<i>per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?"</i>)
NUMERATORE Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materno-Infantile) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO MAP2. (M36) * Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a <i>basso</i> peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo) <i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i>
REQUISITO MAP2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO MAP2. (M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i>
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>
INDICATORE 3 <i>abrogato</i>
INDICATORE 4 <i>% mortalità nei DRG a bassa mortalità</i>
NUMERATORE Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i>
DENOMINATORE Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE <i> sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 5 <i>% pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
NUMERATORE <i>Numero pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
DENOMINATORE <i>Numero pazienti con MEWS ></i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE <i> monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAP2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<p>NUMERATORE</p> <p>Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero cartelle cliniche revisionate</p>
<p>STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti; <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche</p>
<p>INDICATORE 2 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 3</p> <p><i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i></p>
<p>STANDARD BASE <i>si</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali</p>
<p>INDICATORE 4 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 5</p> <p>% pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE <i>80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO MAP2. (M40) *</p> <p>Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc</p>
<p>INDICATORE</p>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
NUMERATORE Numero di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO MAP2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAP2. (M42) * L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi,

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

REQUISITO MAP2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO MAP2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MAP2. (M45)	
Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	
INDICATORE	
% di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito	
NUMERATORE	
Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito	
DENOMINATORE	
Numero di pazienti a rischio	
STANDARD BASE	80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche	

REQUISITO MAP2. (M46)	
Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	
INDICATORE	
% di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)	
NUMERATORE	
Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale	
DENOMINATORE	
Numero di pazienti a rischio nutrizionale	
STANDARD BASE	80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche	

REQUISITO MAP2. (M47)*	
Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	
INDICATORE 1	
Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili	
STANDARD BASE	si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale	
INDICATORE 2	
% di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale	
NUMERATORE	

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

MAP2.1 Monitoraggio continuo delle condizioni

REQUISITO MAP 2.1 La richiesta di esami di diagnostica genetica prenatale deve essere <i>preceduta dalla consulenza genetica</i>
INDICATORE <i>% di richieste di esami di diagnostica genetica prenatale con precedente consulenza genetica</i>
NUMERATORE Numero di richieste <i>di esami di diagnostica genetica prenatale con precedente consulenza genetica</i>
DENOMINATORE Numero totale di richieste <i>di esami di diagnostica genetica prenatale</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

MPA2.2 Realizzazione esami

REQUISITO MAP2.2.1 E' garantito che negli orari dei pasti non vengano effettuati esami diagnostici e strumentali
INDICATORE <i>% di esami diagnostici e strumentali realizzati durante l'orario dei pasti</i>
NUMERATORE Numero di esami diagnostici e strumentali realizzati durante l'orario dei pasti
DENOMINATORE Totale numero di esami diagnostici e strumentali realizzati
STANDARD BASE 15%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<p>REQUISITO MAP2.2.2 Sono concordati con i servizi di supporto sanitario (diagnostica strumentale e di laboratorio, consulenze...) i tempi di attesa per la consegna dei risultati della prestazione</p>
<p>INDICATORE % prestazioni realizzate nei tempi concordati</p>
<p>NUMERATORE Numero prestazioni realizzate nei tempi concordati</p>
<p>DENOMINATORE Totale prestazioni effettuate</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche</p>

<p>REQUISITO MAP2.2.3 Il modulo di richiesta relativo agli esami di diagnostica per immagini deve contenere sia il quesito diagnostico che la tipologia di esame da effettuare in termini di proposta</p>
<p>INDICATORE % di richieste compilate con la diagnosi e la proposta di esame</p>
<p>NUMERATORE Numero di richieste compilate con la diagnosi e la proposta di esame</p>
<p>DENOMINATORE Numero di richieste complessive</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche</p>

MAP4. Dimissione

<p>REQUISITO MAP 4.1 L'organizzazione adotta un sistema di segnalazione al territorio per pazienti critici <i>che necessitano di un supporto ulteriore oltre quello erogato da parte del pediatra di libera scelta</i></p>
<p>INDICATORE Esistenza di un sistema di segnalazione per pazienti critici</p>
<p>STANDARD BASE Si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali</p>

<p>REQUISITO MAP4. (M48)</p>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAP4. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1); <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di dimissioni con attivazione ADI <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
NUMERATORE Numero di dimissioni con attivazione ADI
DENOMINATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

<i>Numero di dimissioni</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAP4. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO MAP4. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
NUMERATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

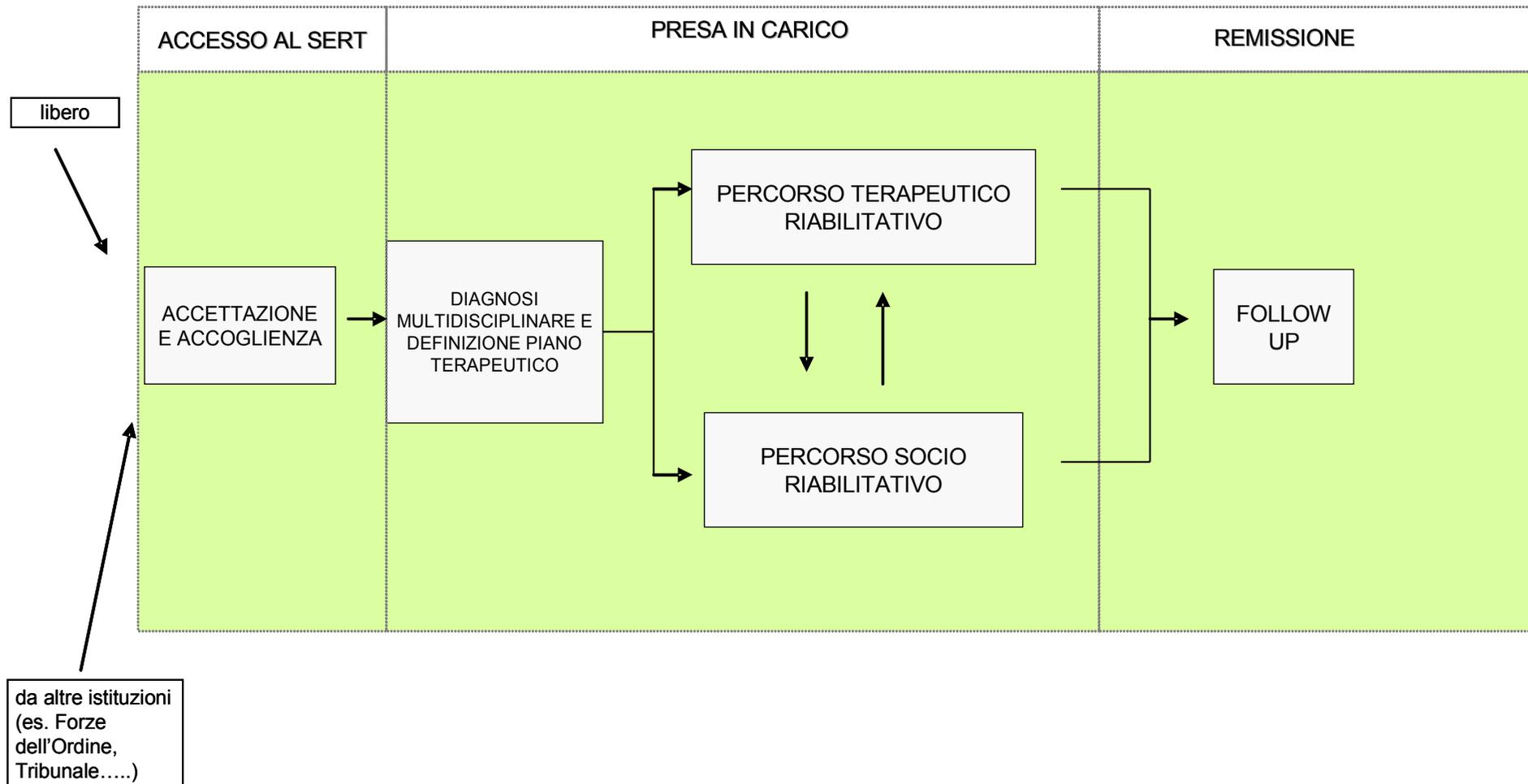
Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO MAP4. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

Tabella n. 7 diagramma di flusso area dipendenze patologiche



Percorso di Area Dipendenze Patologiche			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	DPA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DPA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	DPA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	DPA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DPrit L'organizzazione valuta la propria capacità di ritenzione degli utenti	Indice di percorso	INDICE DI PERCORSO
	DPprog L'organizzazione valuta la propria capacità di portare a termine i programmi terapeutici dei propri utenti	Indice di percorso	INDICE DI PERCORSO
	DPM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	DPM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	DPM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	DPM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	DPM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	DPM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	DPM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	DPM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	DPM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	DPM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
	DPM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area Dipendenze Patologiche			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	DPM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DPM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili (Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DPM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DPM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	DPM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina, chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
DP1. ACCESSO AL SERT	DP1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	DP1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
dp1.1 Accettazione e accoglienza	DP1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	DP1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DP1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DP1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
DP 2. PRESA IN CARICO	DP2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DP2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DP2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DP2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ME2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Percorso di Area Dipendenze Patologiche			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	DP2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	DP2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	DP2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	DP2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Formazione	MANAGEMENT
	DP2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Gestione dati	MANAGEMENT
	DP2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
dp 2.1 Diagnosi multidisciplinare e definizione piano terapeutico	DP 2.1.1 L'organizzazione effettua una diagnosi multidisciplinare.	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area Dipendenze Patologiche			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
dp 2.2 Percorso terapeutico riabilitativo e/o socio-riabilitativo	DP2.2.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP 2.2.1 L'organizzazione effettua una valutazione periodica degli obiettivi del "piano terapeutico" previsti nelle varie fasi fino al completamento.	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	DP 2.2.2 L'organizzazione utilizza un sistema di monitoraggio periodico di gestione dell'assistenza farmacologica	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
DP 3. REMISSIONE	DP3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	DP3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	DP3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	DP3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	DP3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
dp 3.1 Follow up	DP 3.1.1 L'organizzazione utilizza strumenti valutativi di follow up.	Cooperazione	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Percorso Area dipendenze patologiche

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO DPA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO DPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO DPA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLUi \times Wi)$ FLUi indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum Wi$ Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8) nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO DPA4. <i>E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</i></p>
<p>INDICATORE 1 <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero di visite specialistiche totali esaminate</i></p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance</p>
<p>INDICATORE 2 <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero di esami diagnostici totali esaminati</i></p>
<p>STANDARD BASE 60 %</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE flusso TAT</p>
<p>REQUISITO DPA5. <i>L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</i></p>
<p>INDICATORE 1 <i>Qualità del processo donazione di tessuto corneale</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto corneale</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni</i></p>
<p>STANDARD BASE > = 5%</p>

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

TIPOLOGIA FONTE dati OTT
INDICATORE 2 <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
DENOMINATORE <i>Numero decessi > = 4 anni e < = 75 anni</i>
STANDARD BASE > = 2%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

REQUISITO DPrit L'organizzazione valuta la propria capacità di ritenzione degli utenti
INDICATORE 1 <i>Indice di ritenzione degli utenti in carico per patologie da uso di droghe (dipendenza/abuso)</i> <i>Indicatore a rilevazione annuale (entro il 31 gennaio per l'anno solare precedente)</i>
NUMERATORE <i>Numero utenti in carico in un anno solare con diagnosi di patologie da uso di droghe ed esiti di contatto di presa in carico e/o inserimento in comunità terapeutica e contatto chiuso con esito interrotto o chiuso automaticamente e non riaperto nell'anno solare</i>
DENOMINATORE <i>Numero utenti in carico in un anno solare con diagnosi di patologie da uso di droghe ed esiti di contatto di presa in carico e/o inserimento in comunità terapeutica</i>
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Flusso dipendenze
INDICATORE 2 <i>Indice di ritenzione degli utenti in carico per patologie da uso di alcol (dipendenza/abuso)</i> <i>Indicatore a rilevazione annuale (entro il 31 gennaio per l'anno solare precedente)</i>
NUMERATORE <i>Numero utenti in carico in un anno solare con diagnosi di patologie da uso di alcol ed esiti di contatto di presa in carico e/o inserimento in comunità terapeutica e contatto chiuso con esito interrotto o chiuso automaticamente e non riaperto nell'anno solare</i>
DENOMINATORE <i>Numero utenti in carico in un anno solare con diagnosi di patologie da uso di alcol ed esiti di contatto di presa in carico e/o inserimento in comunità terapeutica</i>
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

TIPOLOGIA FONTE Flusso dipendenze
INDICATORE 3 <i>Indice di ritenzione degli utenti in carico per tabagismo</i>
NUMERATORE <i>Numero utenti in carico in un anno solare per tabagismo ed esiti di contatto di presa in carico e contatto chiuso con esito interrotto o chiuso automaticamente e non riaperto nell'anno solare</i>
DENOMINATORE <i>Numero utenti in carico in un anno solare per tabagismo ed esiti di contatto di presa in carico</i>
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Flusso dipendenze

REQUISITO DPprog L'organizzazione valuta la propria capacità di portare a termine i programmi terapeutici dei propri utenti <i>(nota : l'indicatore è riferito agli utenti presi in carico dai SERT per patologie da uso di droghe e/o alcol ma non ad altre categorie di persone che accedono ai SERT es. lavoratori sottoposti ad accertamenti, tabagisti ecc..)</i>
INDICATORE <i>% utenti in carico in un anno solare con diagnosi di patologie da uso di alcol droghe e/o alcol e programma completato nell'anno</i>
NUMERATORE <i>Numero utenti in carico in un anno solare con diagnosi di patologie da uso di alcol droghe e/o alcol</i>
DENOMINATORE <i>Numero utenti in carico</i>
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Flusso dipendenze

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO DPM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

<p>REQUISITO DPM2.</p> <p>Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che ha partecipato all'indagine di clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 35%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)</p>

<p>REQUISITO DPM3.</p> <p>Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 35%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)</p>

<p>REQUISITO DPM4.</p> <p>E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione <i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

DENOMINATORE
Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO DPM5.*
E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana
INDICATORE
Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO DPM6.
L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1
Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2
Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO DPM7.
Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE
% di dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE
Numero di dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

DENOMINATORE Numero di dipendenti <i>della Unità Funzionale</i> che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

REQUISITO DPM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

NUMERATORE
Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE
Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO DPM9.
Il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i> è diffuso agli operatori
INDICATORE
% di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
NUMERATORE
Numero di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
DENOMINATORE
Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO DPM10.
Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE
Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO DPM11.*
La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
INDICATORE 1
% di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
NUMERATORE

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70% <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
REQUISITO DPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero occasioni di lavaggio mani
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</i>
REQUISITO DPM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO DPM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO DPM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 <i>% di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit</i>
NUMERATORE <i>Numero di audit sulle cadute con danno</i>
DENOMINATORE Numero cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO DPM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO DPM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

DP1. Accesso al SERT

REQUISITO DP1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO DP1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente <i>momenti di condivisione del piano terapeutico in itinere</i>
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO DP1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>

DP1.1 Accettazione e accoglienza

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

REQUISITO DP1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO DP1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO DP1.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO DP1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

DP2. Presa in carico

REQUISITO DP2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE 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
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO DP2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % 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
NUMERATORE 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
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO DP2. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
--

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

INDICATORE <i>Adesione alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
REQUISITO DP2. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

REQUISITO DP2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO DP2. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO DP2. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
--

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>

REQUISITO DP2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1 % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
STANDARD BASE 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
NUMERATORE Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
DENOMINATORE Numero operatori sanitari
STANDARD BASE 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali)</i>

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

<i>per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO DP2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri
REQUISITO DP2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1)
REQUISITO DP2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo) <i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

DENOMINATORE
Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i>
REQUISITO DP2. (M37)
I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE
Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
REQUISITO DP2. (M38)
<i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>
INDICATORE 1
% di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i>
NUMERATORE
Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE
Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>
INDICATORE 3 <i>abrogato</i>
INDICATORE 4
<i>% mortalità nei DRG a bassa mortalità</i>
NUMERATORE
Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i>
DENOMINATORE
Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 5 <i>% pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
NUMERATORE <i>Numero pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
DENOMINATORE <i>Numero pazienti con MEWS ></i>
STANDARD BASE <i>80%</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i>
REQUISITO DP2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE <i>almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti; per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>revisione cartelle cliniche</i>
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>
INDICATORE 3 <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
STANDARD BASE <i>si</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>documenti aziendali</i>

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

INDICATORE 4 <i>abrogato</i>
INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE <i>80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</i>

REQUISITO DP2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO DP2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO DP2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero ricoveri
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

REQUISITO DP2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO DP2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

REQUISITO DP2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO DP2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

DP2.1 Diagnosi multidisciplinare e definizione piano terapeutico

REQUISITO DP 2.1.1 L'organizzazione effettua una diagnosi multidisciplinare tempestiva
INDICATORE % nuovi utenti con diagnosi multidisciplinare entro 30 gg
NUMERATORE Numero nuovi utenti con diagnosi multidisciplinare entro 30 gg
DENOMINATORE Numero nuovi utenti
STANDARD BASE 80 %
TIPOLOGIA FONTE Flusso <i>dipendenze</i>

DP2.2 Percorso terapeutico riabilitativo e/o socio-riabilitativo

REQUISITO DP2.2 (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di <i>SIRT</i> correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di <i>SIRT</i> correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO DP 2.2.1 L'organizzazione effettua una valutazione periodica degli obiettivi del "piano terapeutico <i>individuale</i> " previsti nelle varie fasi fino al completamento
INDICATORE % registrazioni delle valutazioni periodiche degli obiettivi del piano terapeutico <i>individuale</i> previsti nelle varie fasi fino al completamento
NUMERATORE Numero registrazioni delle valutazioni periodiche degli obiettivi del piano terapeutico <i>individuale</i> previsti nelle varie fasi fino al completamento
DENOMINATORE Numero piani terapeutici <i>individuali</i>
STANDARD BASE 70 %
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO DP 2.2.2 L'organizzazione utilizza un sistema di monitoraggio periodico di gestione dell'assistenza farmacologica
INDICATORE Esistenza di report periodici
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

DP3. Remissione

REQUISITO DP3. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO DP3. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1)
INDICATORE 3 <i>% di dimissioni con attivazione ADI</i> <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
NUMERATORE <i>Numero di dimissioni con attivazione ADI</i>
DENOMINATORE <i>Numero di dimissioni</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance</i>

REQUISITO DP3. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

<i>una volta rientrati a domicilio</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è <i>stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i>
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO DP3. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
REQUISITO DP3. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

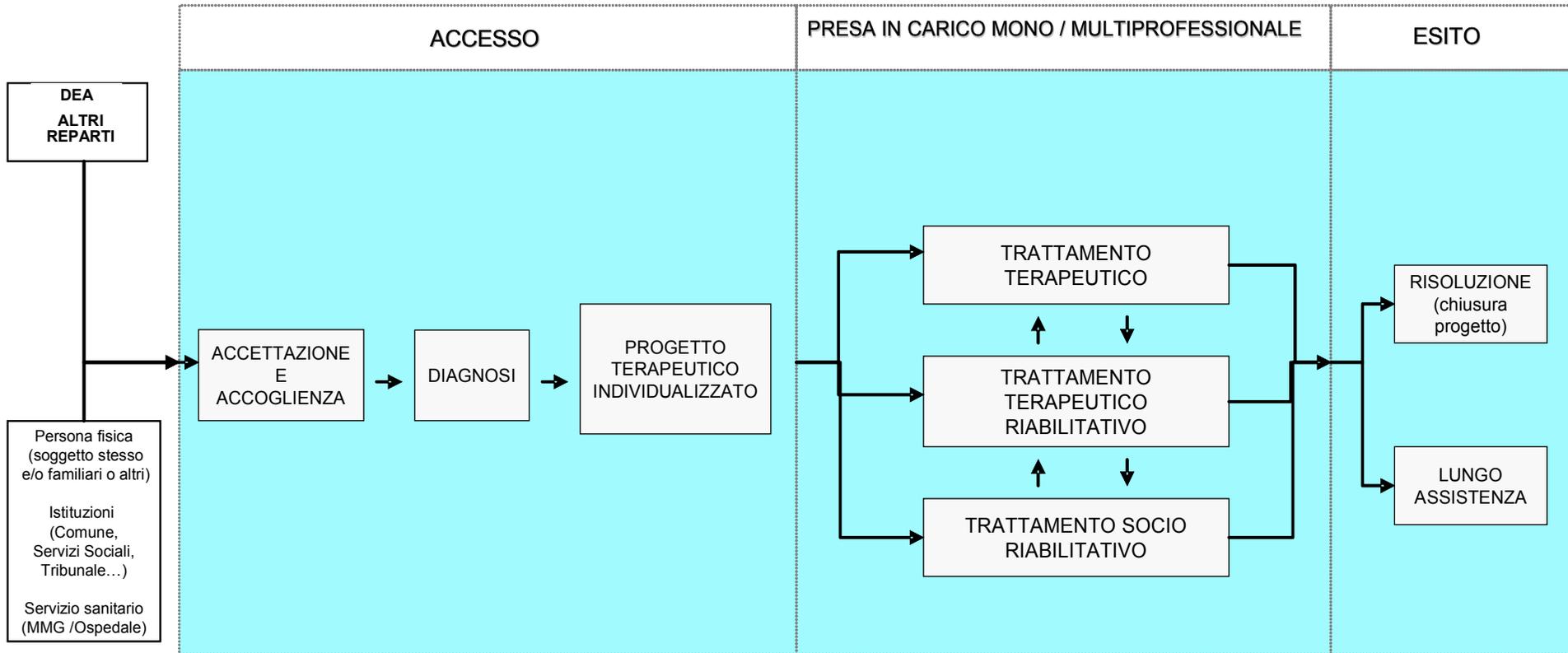
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>)
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>)

DP3.1 Follow up

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

REQUISITO DP 3.1.1 L'organizzazione utilizza strumenti valutativi di follow up
INDICATORE <i>% degli utenti tossico e/o alcol dipendenti con follow up programmato al termine del trattamento che lo effettuano entro 6 mesi</i>
NUMERATORE <i>Numero degli utenti tossico e/o alcol dipendenti con follow up programmato al termine del trattamento che lo effettuano entro 6 mesi</i>
DENOMINATORE <i>Numero totale degli utenti tossico e/o alcol dipendenti con follow up programmato al termine del trattamento</i>
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 8 diagramma di flusso area salute mentale



Percorso di Area salute mentale			
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA	
SMA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Gestione dati	MANAGEMENT	
SMA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
SMA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
SMA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT	
SM L'organizzazione si dota di strumenti di prevenzione del rischio di suicidio e ne monitorizza il processo	Indice di percorso	INDICE DI PERCORSO	
SMM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
SMM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
SMM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
SMM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
SMM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
SMM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
SMM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT	
SMM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT	
SMM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT	
SMM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT	

Percorso di Area salute mentale			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	SMM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SMM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SMM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SMM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SMM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SMM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SMM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
SM1. ACCESSO AL SISTEMA	SM1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Percorso di Area salute mentale			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	SM1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
sm1.1 Accettazione e accoglienza	SM1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	SM1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SM1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SM1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
sm 1.2 Diagnosi			
sm 1.3 Progetto terapeutico individualizzato	SM 1.3.1 Il progetto terapeutico individualizzato è gestito efficacemente	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM 1.3.2 <i>Il progetto terapeutico:</i> - indica il dirigente responsabile del processo di cura e l'ipotesi diagnostica via via formulata - formula il Piano di Trattamento definendo tipologia e frequenza delle prestazioni preventivate - valuta il consenso/motivazione dell'utente (o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza) - indica la tipologia di presa in carico da attivare (monoprofessionale, multiprofessionale o complessa). <i>Nel caso di presa in carico multiprofessionale e/o complessa il progetto terapeutico esplicita anche i problemi prevalenti e gli obiettivi.</i> <i>Nel caso di presa in carico complessa il progetto terapeutico indica anche il referente/case manager.</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM 1.3.3 <i>Il progetto terapeutico è valutato periodicamente</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SM 2. PRESA IN CARICO MULTI/ MONOPROFessionALE	SM2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SM2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SM2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SM2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Percorso di Area salute mentale			
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA	
SM2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
SM2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
SM2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
SM2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
SM2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Formazione	MANAGEMENT	
SM2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Gestione dati	MANAGEMENT	
SM2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
SM2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
SM2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva (da intendersi solo per i ricoveri in SPDC)</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
SM2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
SM2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc <i>(da intendersi solo per i ricoveri in SPDC)</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
SM2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
SM2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Percorso di Area salute mentale			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	SM2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
sm 2.1 Trattamento terapeutico e/o terapeutico-riabilitativo e/o socio-riabilitativo	SM 2.1.1 Il progetto terapeutico individualizzato è gestito efficacemente	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM 2.1.2 Il progetto terapeutico <i>dei percorsi residenziali e semiresidenziali</i> descrive: il problema, la diagnosi e gli obiettivi da raggiungere, le modalità e i tempi della valutazione degli obiettivi, la tipologia di trattamento utilizzato (il metodo), il consenso dell'utente (o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza); il progetto terapeutico deve indicare il responsabile del processo di cura.	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM 2.1.3 Le condizioni del paziente sono monitorate in coerenza con il progetto terapeutico con continuità .	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM 2.1.4 E' garantita la continuità terapeutico assistenziale del trattamento da una percorso di trattamento all'altro (<i>passaggi interni al Dipartimento ad es. SPDC/territorio, ambulatorio/ospedale/residenza</i>).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SM 2.1.5 E' garantita la continuità assistenziale con <i>il territorio ai dimessi SPDC</i>	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Percorso di Area salute mentale			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	SM2.4.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
SM 3. ESITO	SM 3.1 E' garantita la continuità assistenziale con le altre specialistiche (neurologia, geriatria..) e con gli altri servizi (serv. sociale, MMG, servizi per l'handicap..) del territorio	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SM3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SM3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	SM3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SM3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SM3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
sm 3.1 Risoluzione (chiusura progetto)			
sm 3.2 Lungo-assistenza			

Percorso di Area salute mentale

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO SMA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO SMA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO SMA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLUi \times Wi)$ FLUi indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum Wi$ Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8)
 nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO SMA4.

E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)

INDICATORE 1

% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni

NUMERATORE

Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali

DENOMINATORE

Numero di visite specialistiche totali esaminate

STANDARD BASE 70%

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

INDICATORE 2

% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni

NUMERATORE

Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali

DENOMINATORE

Numero di esami diagnostici totali esaminati

STANDARD BASE 60 %

TIPOLOGIA FONTE flusso TAT

REQUISITO SMA5.

L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee

INDICATORE 1

Qualità del processo donazione di tessuto corneale

NUMERATORE

Numero donatori di tessuto corneale

DENOMINATORE

Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

STANDARD BASE > = 5%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT
INDICATORE 2 <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
DENOMINATORE <i>Numero decessi > = 4 anni e < = 75 anni</i>
STANDARD BASE > = 2%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

REQUISITO SM L'organizzazione si dota di strumenti di prevenzione del rischio di suicidio e ne monitorizza il processo
INDICATORE 1 <i>Presenza del documento che da evidenza alle procedure da attuare per la prevenzione del rischio di suicidio</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>% presenza di tentativi di suicidio e suicidi dei pazienti in carico presso il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e le strutture residenziali</i>
NUMERATORE <i>Numero tentativi di suicidio e suicidi dei pazienti in carico presso SPDC e strutture residenziali</i>
DENOMINATORE <i>Numero pazienti in carico presso SPDC e strutture residenziali</i>
STANDARD BASE 1 report annuale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO SMM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SMM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO SMM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO SMM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni
INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<p><i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p>NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO SMM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p>INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO SMM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali</p>
<p>INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO SMM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace</p>
<p>INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte)</i></p>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<i>“Totalmente d’accordo” e “Molto d’accordo”</i>
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all’indagine clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

REQUISITO SMM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO SMM9. Il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i> è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SMM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SMM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<p>INDICATORE 1</p> <p>% di buone pratiche regionali in uso di interesse</p> <p><i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse</p>
<p>STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>% di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale</p>
<p>REQUISITO SMM12.</p> <p>Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>Compliance lavaggio mani operatori</p> <p><i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di lavaggio mani effettuate</p>
<p>DENOMINATORE</p>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

Numero occasioni di lavaggio mani
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 4 <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</i>

REQUISITO SMM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
--

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<p>INDICATORE 1</p> <p>Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO SMM14.</p> <p>E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i></p>
<p>INDICATORE</p> <p>Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>REQUISITO SMM15.</p> <p>Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero pazienti anziani ricoverati</p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i></p>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato un audit</i>
NUMERATORE Numero <i>di audit sulle</i> cadute con danno
DENOMINATORE Numero cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO SMM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SMM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

SM1. Accesso al sistema

REQUISITO SM1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO SM1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO SM1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>
SM1.1 Accettazione e accoglienza
REQUISITO SM1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO SM1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO SM1.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO SM1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

SM1.3 Progetto terapeutico individualizzato

REQUISITO SM 1.3.1 Il progetto terapeutico individualizzato è gestito efficacemente
INDICATORE 1 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici
NUMERATORE Numero ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici
DENOMINATORE Numero ricoveri per pazienti psichiatrici
STANDARD BASE <12%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione della performance (C8a.13)
INDICATORE 2 % pazienti in carico con progetto individualizzato
NUMERATORE Numero pazienti in carico con progetto individualizzato
DENOMINATORE Numero pazienti in carico
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE SALM o <i>revisione cartelle cliniche</i>

REQUISITO SM 1.3.2 <i>Il progetto terapeutico:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>indica il dirigente responsabile del processo di cura e l'ipotesi diagnostica via via formulata</i> • <i>formula il Piano di Trattamento definendo tipologia e frequenza delle prestazioni preventivate</i>
--

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<ul style="list-style-type: none"> • <i>valuta il consenso/motivazione dell'utente (o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza)</i> • <i>indica la tipologia di presa in carico da attivare (monoprofessionale, multiprofessionale o complessa).</i> <p><i>Nel caso di presa in carico multiprofessionale e/o complessa il progetto terapeutico esplicita anche i problemi prevalenti e gli obiettivi.</i></p> <p><i>Nel caso di presa in carico complessa il progetto terapeutico indica anche il referente/case manager.</i></p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di progetti terapeutici che rispondono al requisito</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di progetti terapeutici che rispondono al requisito</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di progetti terapeutici redatti</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE SALM /<i>revisione cartelle cliniche</i></p>

<p>REQUISITO SM 1.3.3</p> <p><i>Il progetto terapeutico è valutato periodicamente</i></p>
<p>INDICATORE</p> <p>% <i>progetti terapeutici</i> con valutazione periodica (max 3 mesi)</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero <i>progetti terapeutici</i> con valutazione periodica (max 3 mesi)</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero <i>progetti terapeutici</i> totali</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE SALM</p>

SM2. Presa in carico multi/monoprofessionale

<p>REQUISITO SM2. (M25)*</p> <p>Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO SM2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % 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
NUMERATORE 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
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO SM2. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE <i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica

REQUISITO SM2. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40%

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO SM2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 75 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO SM2. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente
INDICATORE 1

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

% di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO SM2. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.2.1
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance C6.2.2
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE almeno una per ogni audit e ogni M&M, 90% per quelle relative ad eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC

REQUISITO SM2. (M32)

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1 <i>% di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</i>
NUMERATORE <i>Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</i>
DENOMINATORE <i>Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente</i>
STANDARD BASE 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>% di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
NUMERATORE <i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
DENOMINATORE <i>Numero operatori sanitari</i>
STANDARD BASE 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO SM2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri
REQUISITO SM2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE <i>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)</i>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

NUMERATORE
Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE
Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1)

REQUISITO SM2. (M36)*
Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE
% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)
<i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
NUMERATORE
Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE
Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i>

REQUISITO SM2. (M37)
I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE
Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO SM2. (M38)
<i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva (da interdarsi solo per i ricoveri in SPDC)</i>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<p>INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate (sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</p>
<p>NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate</p>
<p>DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche <i>ospedaliere</i></p>
<p>INDICATORE 2 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 3 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 4 % mortalità nei DRG a bassa mortalità</p>
<p>NUMERATORE Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i></p>
<p>DENOMINATORE Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i></p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2)</i></p>
<p>INDICATORE 5 % pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</p>
<p>NUMERATORE Numero <i>pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i></p>
<p>DENOMINATORE Numero <i>pazienti con MEWS ></i></p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO SM2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore</p>
<p>INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.</p>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<p>NUMERATORE</p> <p>Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero cartelle cliniche revisionate</p>
<p>STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti; <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche</p>
<p>INDICATORE 2 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 3</p> <p><i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i></p>
<p>STANDARD BASE <i>si</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali</p>
<p>INDICATORE 4 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 5</p> <p>% pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE <i>80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</i></p>
<p>REQUISITO SM2. (M40)*</p> <p>Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc <i>(da intendersi solo per i ricoveri in SPDC)</i></p>
<p>INDICATORE</p>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<p>% di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale (si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</p>
<p>NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale</p>
<p>DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche</p>

<p>REQUISITO SM2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura</p>
<p>INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti</p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti</p>
<p>DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance</p>

<p>REQUISITO SM2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici</p>
<p>INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)</p>
<p>NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)</p>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

REQUISITO SM2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO SM2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

REQUISITO SM2. (M45)

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO SM2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

SM2.1 Trattamento terapeutico e/o terapeutico – riabilitativo e/o socio – sanitario

REQUISITO SM 2.1.1 Il progetto terapeutico individualizzato è gestito efficacemente
INDICATORE 1 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici <i>residenti dimessi dagli SPDC del Dipartimento Salute Mentale</i>
NUMERATORE Numero ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici <i>residenti dimessi dagli SPDC del Dipartimento Salute Mentale</i>
DENOMINATORE Numero ricoveri per pazienti psichiatrici <i>residenti dimessi dagli SPDC del Dipartimento Salute Mentale</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione della performance (C8a.13)
INDICATORE 2 % pazienti in carico con progetto individualizzato
NUMERATORE Numero pazienti in carico con progetto individualizzato
DENOMINATORE Numero pazienti in carico
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE SALM

REQUISITO SM 2.1.2 Il progetto terapeutico <i>dei percorsi residenziali e semiresidenziali</i> descrive: il problema, la diagnosi e gli obiettivi da raggiungere, le modalità e i tempi della valutazione degli obiettivi, la tipologia di trattamento utilizzato (il metodo), il consenso dell'utente (o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza); il progetto terapeutico deve indicare il responsabile del processo di cura.
INDICATORE % di progetti terapeutici <i>dei percorsi residenziali e semiresidenziali</i> che rispondono al requisito
NUMERATORE Numero di progetti terapeutici <i>dei percorsi residenziali e semiresidenziali</i> che rispondono al requisito
DENOMINATORE Numero di progetti terapeutici <i>dei percorsi residenziali e semiresidenziali</i> redatti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE SALM o <i>revisione cartelle cliniche</i>

REQUISITO SM 2.1.3 Le condizioni del paziente sono monitorate in coerenza con il progetto terapeutico con continuità .
INDICATORE % cartelle <i>territoriali</i> con valutazione periodica (max 3 mesi)
NUMERATORE Numero cartelle <i>territoriali</i> con valutazione periodica (max 3 mesi)
DENOMINATORE Numero cartelle <i>territoriali</i> totali
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE SALM o <i>revisione cartelle cliniche</i>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

REQUISITO SM 2.1.4	
E' garantita la continuità terapeutico assistenziale del trattamento da una percorso di trattamento all'altro (<i>passaggi interni al Dipartimento ad es. SPDC/territorio, ambulatorio/ospedale/residenza</i>).	
INDICATORE 1	
% appuntamenti visita ai pazienti <i>nel passaggio ad altre fasi del percorso</i>	
NUMERATORE	
Numero appuntamenti visita ai pazienti <i>nel passaggio ad altre fasi del percorso</i>	
DENOMINATORE	
Numero pazienti <i>che passano ad altre fasi del percorso</i>	
STANDARD BASE 70%	
TIPOLOGIA FONTE	SALM o <i>revisione cartelle cliniche</i>
INDICATORE 2	
% appuntamenti entro 15 gg nei pazienti <i>nel passaggio ad altre fasi del percorso</i>	
NUMERATORE	
Numero appuntamenti entro 15 gg nei pazienti <i>nel passaggio ad altre fasi del percorso</i>	
DENOMINATORE	
Numero pazienti <i>che passano ad altre fasi del percorso</i>	
STANDARD BASE 70%	
TIPOLOGIA FONTE	SALM o <i>revisione cartelle cliniche</i>

REQUISITO SM 2.1.5	
E' garantita la continuità assistenziale con <i>il territorio ai dimessi SPDC</i>	
INDICATORE	
% pazienti <i>dimessi dall'SPDC con lettera di dimissione da inviare ai MMG</i>	
NUMERATORE	
Numero pazienti <i>dimessi dall'SPDC con lettera di dimissione da inviare ai MMG</i>	
DENOMINATORE	
Numero pazienti <i>dimessi SPDC</i>	
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)	
TIPOLOGIA FONTE	SALM o <i>revisione cartelle cliniche</i>

REQUISITO SM2.4 (M47)*	
Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli	

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

SM3. Esito

REQUISITO SM 3.1 E' garantita la continuità assistenziale con le altre specialistiche (neurologia, geriatria..) e con gli altri servizi (serv. sociale, MMG, servizi per l'handicap..) del territorio
INDICATORE 1 %. pazienti trattati con progetto individualizzato integrato
NUMERATORE Numero pazienti trattati con progetto individualizzato integrato
DENOMINATORE Numero pazienti in carico
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE SALM
INDICATORE 2 % pazienti in carico la cui relazione annuale viene inviata al MMG di riferimento

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

NUMERATORE
Numero relazioni annuali di ogni singolo paziente inviate al MMG di riferimento
DENOMINATORE
Numero pazienti in carico
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE SALM

REQUISITO SM3. (M48)
Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE
% pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO SM3. (M49)*
La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1
Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2
% ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE
Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE
Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1)

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<p>INDICATORE 3 <i>% di dimissioni con attivazione ADI</i> <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di dimissioni con attivazione ADI</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero di dimissioni</i></p>
<p>STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance</i></p>

<p>REQUISITO SM3. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare</p>
<p>INDICATORE 1 <i>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio</i></p>
<p>DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance</p>
<p>INDICATORE 2 <i>% pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i></p>
<p>DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance</p>

<p>REQUISITO SM3. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni</p>
--

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

<p>INDICATORE</p> <p>% di lettere di dimissioni compilate correttamente</p> <p><i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero totale lettere di dimissioni</p>
<p>STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle cliniche</i></p>

<p>REQUISITO SM3. (M52)</p> <p>La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p><i>Numero di pazienti intervistati</i></p>
<p>STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance</i></p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>% di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance</i></p>
<p>INDICATORE 3</p> <p>% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione</p>

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>)
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>)

Tabella n. 9 diagramma di flusso area emergenza urgenza

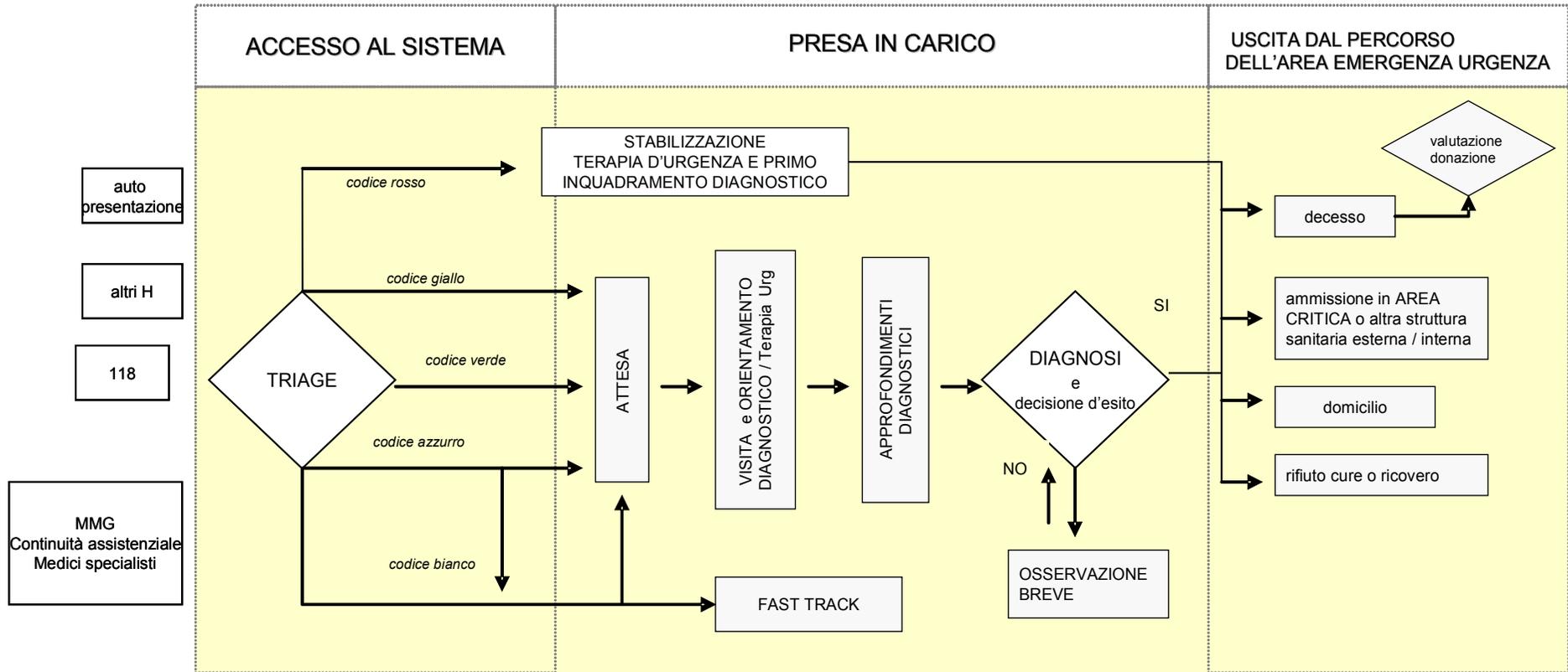


Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ERA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ERA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ERA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	ERA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	ERA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ERM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ERM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ERM3. .Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ERM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ERM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	ERM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	ERM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	ERM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	ERM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	ERM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ERM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ERM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ERM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ERM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili (Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ERM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ERM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ERM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
ER1. ACCESSO AL SISTEMA	ER 1.1 E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi fra le diverse categorie di cittadini	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER1(M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER1(M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ER1(M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
er 1.1 Triage	ER 1.1.1 La comunicazione sui tempi e sulle modalità di attesa al PS è efficace	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER 1.1.2 Sono rispettati i tempi d'attesa in coerenza con il codice di priorità attribuito in triage	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	ER1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche		
	ER1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
ER 2. PRESA IN CARICO	ER2.1 Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto <i>nota: la struttura deve specificare i suoi percorsi di rete per valutare appropriatamente gli indicatori proposti</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER2(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER2(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER2(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER2(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER2(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER2(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza			
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA	
ER2(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
ER2(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
ER2(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Formazione	MANAGEMENT	
ER2(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Gestione dati	MANAGEMENT	
ER2(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
ER2(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
ER2(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
IC2(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
ER2(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
ER2(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
ER2(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
ER2(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ER2(M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER2(M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER2(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER2(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER2(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
er 2.1 Attesa	ER 2.1.1 Esiste un sistema per la rilevazione quali-quantitativa del tasso di abbandono dal PS	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
er 2.2 Visita e orientamento diagnostico / Terapia urgenza			
er2.3 Approfondimento diagnostico / Trattamento	ER 2.3.1 L'approfondimento diagnostico e le consulenze sono gestiti efficacemente <i>nota : la struttura deve condividere la tempistica con le altre strutture interessate es. radiologia, laboratorio traumatologia</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER 2.3.2 Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
er 2.4 Stabilizzazione-Terapia d'urgenza e primo inquadramento diagnostico	ER 2.4.1 Per le principali emergenze individuate (es. ictus, infarto miocardico, trauma maggiore, arresto cardiaco rianimato...) è garantita la coerenza con Linee Guida validate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ER 2.4.2 Sono applicate le procedure per il turn over rapido del letto "sala rossa" <i>nota: il tempo è da valutare a seconda dell'organizzazione presente</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
ER 3. USCITA DAL PERCORSO DELL'AREA EMERGENZA URGENZA	ER 3.1 La presa in carico del cittadino è efficace	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	ER3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ER3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ER3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ER3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	ER3.(M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
er 3.1 Ammissione in area critica/ altra struttura interna o esterna			
er 3.2 Domicilio			
er 3.3 Rifiuto cure o ricovero			
er 3.4 Decesso	ER.3.4.1 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area Emergenza Urgenza

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO ERA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO ERA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO ERA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU_i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum W_i$ W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8)</p>

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO ERA4. <i>E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</i>
INDICATORE 1 <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</i>
NUMERATORE <i>Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i>
DENOMINATORE <i>Numero di visite specialistiche totali esaminate</i>
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</i>
NUMERATORE <i>Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i>
DENOMINATORE <i>Numero di esami diagnostici totali esaminati</i>
STANDARD BASE 60 %
TIPOLOGIA FONTE flusso TAT

REQUISITO ERA5. <i>L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</i>
INDICATORE 1 <i>Qualità del processo donazione di tessuto corneale</i>
NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto corneale</i>
DENOMINATORE <i>Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni</i>
STANDARD BASE > = 5%

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

TIPOLOGIA FONTE dati OTT
INDICATORE 2 <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
DENOMINATORE <i>Numero decessi > = 4 anni e < = 75 anni</i>
STANDARD BASE > = 2%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO ERM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ERM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

REQUISITO ERM3.

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>	
NUMERATORE Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno	
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno	
STANDARD BASE	35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)	

REQUISITO ERM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	
INDICATORE % di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione <i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i>	
NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione	
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione	
STANDARD BASE	90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale	

REQUISITO ERM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	
INDICATORE Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto	
STANDARD BASE	si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale	

REQUISITO ERM6.	
------------------------	--

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ERM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

REQUISITO ERM8. Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ERM9. Il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ” è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il “ <i>Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza</i> ”
DENOMINATORE

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ERM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ERM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70% <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
REQUISITO ERM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nel quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero occasioni di lavaggio mani
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
NUMERATORE Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 4 <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance</i>

REQUISITO ERM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ERM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>
INDICATORE

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ERM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato</i> un audit
NUMERATORE Numero <i>di audit sulle</i> cadute con danno

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

DENOMINATORE Numero cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ERM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ERM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ER1. Accesso al sistema

REQUISITO ER 1.1 E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi fra le diverse categorie di cittadini
INDICATORE

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

rischio relativo della % di conoscenza del proprio codice colore al PS per titolo di studio <i>si fa riferimento ai pazienti con codice verde, azzurro e bianco</i>
NUMERATORE % conoscenza del proprio codice colore al PS per titolo di studio basso
DENOMINATORE % conoscenza del proprio codice colore al PS per titolo di studio alto
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

REQUISITO ER1.1 (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO ER1.1 (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ER1.1 (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>
--

ER1.1 Triage

REQUISITO ER 1.1.1 La comunicazione sui tempi e sulle modalità di attesa al PS è efficace
INDICATORE 1 % pazienti che conoscono il proprio codice colore <i>si fa riferimento ai pazienti con codice verde, azzurro e bianco</i>
NUMERATORE Numero pazienti che conoscono il proprio codice colore
DENOMINATORE Totale pazienti con codice colore attribuito
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 Presenza di procedura che prevede la stampa e consegna di un identificativo del codice colore attribuito a ciascun paziente
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ER 1.1.2 Sono rispettati i tempi d'attesa in coerenza con il codice di priorità attribuito al triage
INDICATORE % pazienti visitati in PS nei tempi coerenti con il codice attribuito al triage
NUMERATORE Numero pazienti visitati in PS nei tempi coerenti con il codice attribuito al triage
DENOMINATORE Numero visite in PS
STANDARD BASE miglioramento rispetto a sé stessi
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (C16)</i>

REQUISITO ER1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ER1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ER1.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ER1.1 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ER2. Presa in carico

<p>REQUISITO ER 2.1.</p> <p>Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto <i>nota: la struttura deve specificare i suoi percorsi di rete per valutare appropriatamente gli indicatori proposti</i></p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% di lesioni cerebrali acute in PS per cui si effettua un consulto spoke-hub attraverso RISPACS</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di consulti spoke-hub attraverso RISPACS</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero lesioni cerebrali acute in PS</p>
<p>STANDARD BASE raccolta dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistemi informativi aziendali RISPACS e software DEA</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>% pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 o cartella PS)</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 o cartella PS)</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero pazienti trasferiti da spoke a hub</p>
<p>STANDARD BASE 80%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 3</p> <p>Presenza di una procedura per la gestione del paziente con danno cerebrale acuto coerente con le indicazioni regionali</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali</p>

<p>REQUISITO ER2. (M25)*</p> <p>Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti</p>

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

DENOMINATORE Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ER2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE % 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
NUMERATORE 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
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ER2. (M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE <i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica

REQUISITO ER2. (M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40%

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

<i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta dati (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ER2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 75 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ER2. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 30%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO ER2. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
REQUISITO ER2. (M32)

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1 <i>% di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</i>
NUMERATORE <i>Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</i>
DENOMINATORE <i>Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente</i>
STANDARD BASE 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>% di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
NUMERATORE <i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
DENOMINATORE <i>Numero operatori sanitari</i>
STANDARD BASE 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO ER2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri
REQUISITO ER2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE <i>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)</i>

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

NUMERATORE
Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE
Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1)

REQUISITO ER2. (M35)
I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1
% pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri ; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti)

INDICATORE 2
% di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare <i>(per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?")</i>
NUMERATORE
Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 70% per Materno Infantile
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile)

REQUISITO ER2. (M36)*
Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE
% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

<p>farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)</p> <p><i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche</p>

<p>REQUISITO ER2. (M37)</p> <p>I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali</p>

<p>REQUISITO ER2. (M38)</p> <p><i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i></p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero schede MEWS correttamente compilate</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche</p>
<p>INDICATORE 2 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 3 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 4</p>

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

<i>% mortalità nei DRG a bassa mortalità</i>
NUMERATORE Numero deceduti con <i>DRG a bassa mortalità</i>
DENOMINATORE Numero <i>dimessi con DRG a bassa mortalità</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2)</i>
INDICATORE 5 <i>% pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
NUMERATORE <i>Numero pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
DENOMINATORE <i>Numero pazienti con MEWS ></i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i>
REQUISITO ER2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti; <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

<p>INDICATORE 3 <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i></p>
<p>STANDARD BASE <i>si</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali</p>
<p>INDICATORE 4 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 5 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore</p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore</p>
<p>DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE <i>80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</i></p>

<p>REQUISITO ER2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc</p>
<p>INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i></p>
<p>NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale</p>
<p>DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche</p>

<p>REQUISITO ER2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura</p>

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

INDICATORE
% di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ER2. (M42)*
L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1
Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2
Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE
Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE
Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

REQUISITO ER2. (M43)
L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1
Per ogni CVC posizionato:
a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica);
b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO ER2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

REQUISITO ER2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO ER2. (M46)

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ER2. (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ER2.1 Attesa

REQUISITO ER 2.1.1

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Esiste un sistema per la rilevazione quali-quantitativa del tasso di abbandono dal PS
INDICATORE Presenza di report mensili con la rilevazione quali-quantitativa del tasso di abbandono dal PS
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali,

ER2.3 Approfondimento diagnostico/trattamento

REQUISITO ER 2.3.1 L'approfondimento diagnostico e le consulenze sono gestiti efficacemente <i>nota : la struttura deve condividere la tempistica con le altre strutture interessate es. radiologia, laboratorio traumatologia</i>
INDICATORE % di pazienti il cui iter diagnostico rispetta il Turn Around Time concordato
NUMERATORE Numero di pazienti il cui iter diagnostico rispetta il Turn Around Time concordato
DENOMINATORE Numero di pazienti iter diagnostico
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO ER 2.3.2 Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto
INDICATORE 1 % di consulti spoke- hub attraverso rispacs
NUMERATORE Numero di consulti spoke- hub attraverso RISPACS
DENOMINATORE Totale delle lesioni cerebrali acute in PS
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE dati sistemi informativi aziendali RISPACS e software DEA
INDICATORE 2 % di pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 e/o cartella PS)
NUMERATORE

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Numero di pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 e/o cartella PS)
DENOMINATORE Totale pazienti trasferiti
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Presenza di una procedura per la gestione del paziente con danno cerebrale acuto coerente con le indicazioni regionali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale

ER2.4 Stabilizzazione – Terapia d’urgenza e primo inquadramento diagnostico

REQUISITO ER 2.4.1 Per le principali emergenze individuate (es. ictus, infarto miocardico, trauma maggiore, arresto cardiaco rianimato...) è garantita la coerenza con Linee Guida validate
INDICATORE % pazienti il cui trattamento, per ogni singola emergenza individuata, rispetta le Linee Guida
NUMERATORE Numero pazienti il cui trattamento, per ogni singola emergenza individuata, rispetta le Linee Guida
DENOMINATORE Numero pazienti trattati per ogni singola emergenza individuata
STANDARD BASE 80% degli indicatori stabiliti
TIPOLOGIA FONTE flusso regionale RFC 106;

REQUISITO ER 2.4.2 <i>Sono applicate le procedure per il turn over rapido del letto "sala rossa"</i> <i>nota: il tempo è da valutare a seconda dell'organizzazione presente</i>
INDICATORE <i>% pazienti stazionati in "sala rossa" per max 90 minuti</i>
NUMERATORE <i>Numero di pazienti stazionati in "sala rossa" per max 90 minuti</i>
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti stazionati in "sala rossa"</i>
STANDARD BASE 80%

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

ER3. Uscita dal percorso dell'area emergenza urgenza

<p>REQUISITO ER 3.1 La presa in carico del cittadino è efficace</p>
<p>INDICATORE % pazienti con reingresso in PS entro 48 ore <i>per lo stesso motivo di salute del primo accesso</i> rispetto a quelli dimessi a domicilio</p>
<p>NUMERATORE Numero pazienti con reingresso in PS entro 48 ore <i>per lo stesso motivo di salute del primo accesso</i></p>
<p>DENOMINATORE Numero pazienti dimessi dal PS a domicilio</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE flusso regionale RFC 106</p>
<p>REQUISITO ER 3. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento</p>
<p>INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento</p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento</p>
<p>DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</p>
<p>REQUISITO ER 3. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).</p>
<p>INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale</p>

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg
DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE < 1,5 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1)
INDICATORE 3 % di dimissioni con attivazione ADI <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
NUMERATORE Numero di dimissioni con attivazione ADI
DENOMINATORE Numero di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO ER 3. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO ER 3. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE %di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ER 3. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

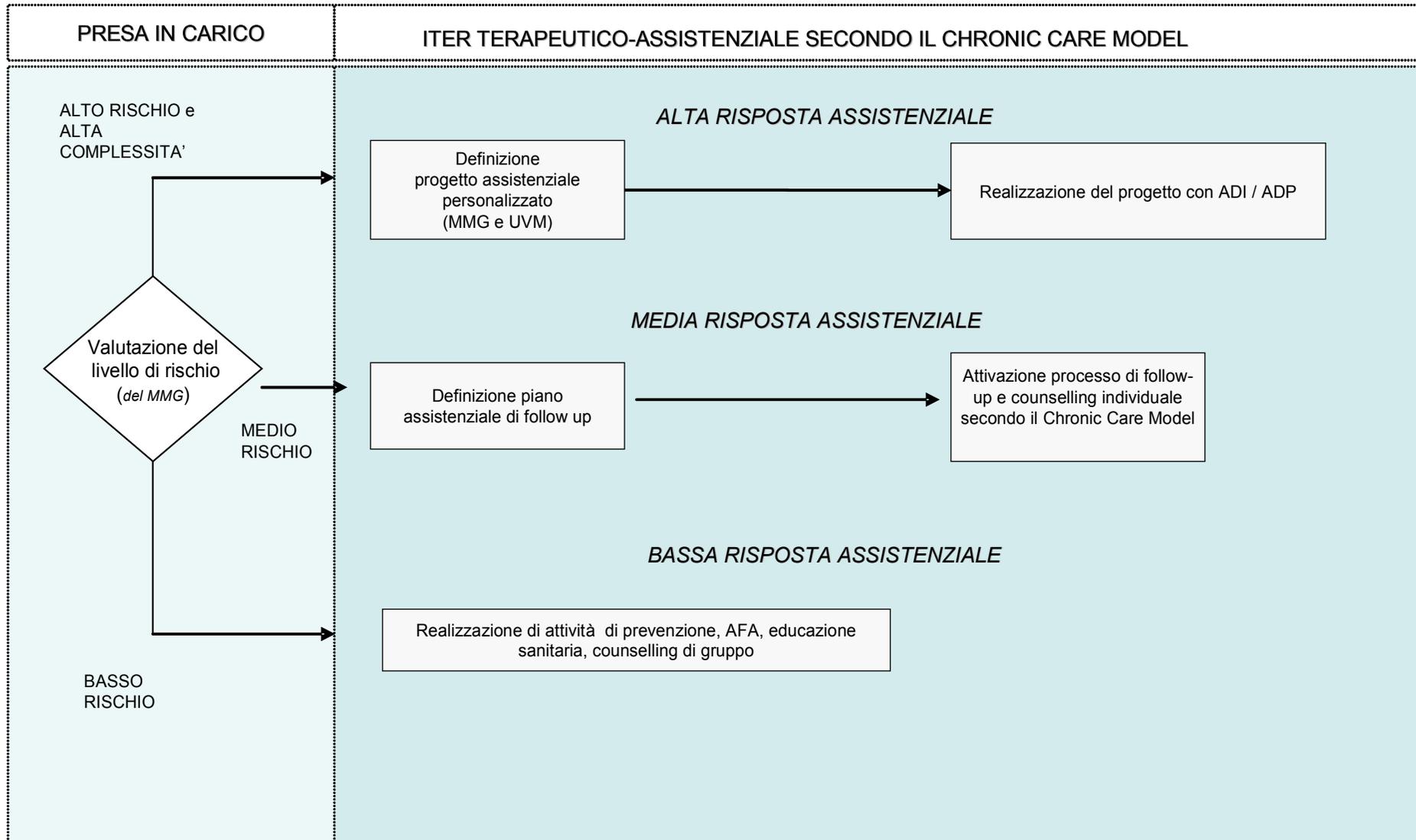
ER3.4. Decesso

REQUISITO ER.3.4.1 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi
INDICATORE 1 % morti encefaliche individuate
NUMERATORE Numero morti encefaliche
DENOMINATORE Numero decessi con lesioni cerebrali nelle UTI
STANDARD BASE >50%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT - sistema di valutazione delle performance (B6.1.1)
INDICATORE 2 % donatori effettivi di organi

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

NUMERATORE Numero donatori effettivi
DENOMINATORE Numero morti encefaliche
STANDARD BASE >49%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT - sistema di valutazione delle performance (B6.1.2)

Tabella n. 10 diagramma di flusso area cure primarie



Percorso di Area Cure Primarie

REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
CPA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CPA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
CPA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
CPA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CPM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CPM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CPM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CPM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
CPM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
CPM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
CPM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficaci	Formazione	MANAGEMENT
CPM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
CPM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
CPM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
CPM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CPM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CPM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili (Sono definiti pazienti fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatriche, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CPM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CPM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Percorso di Area Cure Primarie			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	CPM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
CP1. PRESA IN CARICO	CP1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CP1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
	CP1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CP1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CP1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
CP2. ITER TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE SECONDO IL CHRONIC CARE MODEL	CP2.1 L'unità funzionale attiva, mantiene e sviluppa i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali dei pazienti cronici in coerenza con le priorità indicate dalla programmazione regionale (<i>si fa riferimento alla revisione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali</i>)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	CP 2.2 L'unità funzionale garantisce l'attuazione efficace della sanità d'iniziativa attraverso il monitoraggio e la valutazione dei moduli attivati (<i>si fa riferimento agli indicatori di processo dei moduli della sanità di iniziativa</i>)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CP 2.3 L'unità funzionale garantisce una gestione efficace dell'ADI <i>in dimissione dall'ospedale</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CP 2.4 L'unità funzionale garantisce la progettualità dell'intervento ADI	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CP 2.5 L'unità funzionale attua programmi di prevenzione del rischio tramite Programmi AFA ed altri programmi di educazione alla salute	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CP2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CP2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CP2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CP2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	CP2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	CP2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	CP2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT

Percorso di Area Cure Primarie		
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
CP2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
CP2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2.(M35) I cittadini/ pazienti valutano positivamente il servizio erogato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
CP2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
cp 2.1 Alta risposta assistenziale		
cp 2.2 Media risposta assistenziale		
cp 2.3 Bassa risposta assistenziale		

Percorso di Area cure primarie

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO CPA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO CPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO CPA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLUi \times Wi)$ FLUi indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum Wi$ Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8)</p>

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

nota: indicatore aziendale complessivo

<p>REQUISITO CPA4. <i>E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</i></p>
<p>INDICATORE 1 <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero di visite specialistiche totali esaminate</i></p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance</p>
<p>INDICATORE 2 <i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero di esami diagnostici totali esaminati</i></p>
<p>STANDARD BASE 60 %</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE flusso TAT</p>

<p>REQUISITO CPA5. <i>L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</i></p>
<p>INDICATORE 1 <i>Qualità del processo donazione di tessuto corneale</i></p>
<p>NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto corneale</i></p>
<p>DENOMINATORE <i>Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni</i></p>

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

STANDARD BASE > = 5%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT
INDICATORE 2 Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts
NUMERATORE Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts
DENOMINATORE Numero decessi > = 4 anni e < = 75 anni
STANDARD BASE > = 2%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO CPM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CPM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti (Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

REQUISITO CPM3.	
Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	
INDICATORE	
% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>	
NUMERATORE	
Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno	
DENOMINATORE	
Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno	
STANDARD BASE	35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)	

REQUISITO CPM4.	
E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	
INDICATORE	
% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione <i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i>	
NUMERATORE	
Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione	
DENOMINATORE	
Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione	
STANDARD BASE	90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale	

REQUISITO CPM5.*	
E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	
INDICATORE	
Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto	
STANDARD BASE	si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale	

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

<p>REQUISITO CPM6.</p> <p>L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>

<p>REQUISITO CPM7.</p> <p>Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative (<i>Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo"</i>)</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 35%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)</p>

<p>REQUISITO CPM8.</p> <p>Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero schede compilate per ogni nuovo assunto</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero totale di nuovi assunti</p>

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO CPM9. Il <i>"Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza"</i> è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il Regolamento della privacy
DENOMINATORE

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CPM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CPM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

<p>STANDARD BASE 70%</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale</p>
<p>REQUISITO CPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani</p>
<p>INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori</p> <p><i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nel quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i></p>
<p>NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate</p>
<p>DENOMINATORE Numero occasioni di lavaggio mani</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani</p>
<p>INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p>NUMERATORE Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p>DENOMINATORE Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE farmacia</p>
<p>INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</p>

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 4 <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

REQUISITO CPM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CPM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CPM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato un audit</i>
NUMERATORE Numero <i>di audit sulle</i> cadute con danno
DENOMINATORE Numero cadute con danno

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO CPM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CPM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

CP1. Presa in carico

REQUISITO CP1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO CP1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>

REQUISITO CP1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CP1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CP1.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

CP2. Iter terapeutico-assistenziale secondo il chronic care model

<p>REQUISITO CP2.1</p> <p>L'unità funzionale attiva, mantiene e sviluppa i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali dei pazienti cronici in coerenza con le priorità indicate dalla programmazione regionale</p> <p><i>(si fa riferimento alla revisione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali)</i></p>
<p>INDICATORE</p> <p>Rispetto degli indicatori individuati a livello regionale</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio regionale</p>

<p>REQUISITO CP 2.2</p> <p>L'unità funzionale garantisce l'attuazione efficace della sanità d'iniziativa attraverso il monitoraggio e la valutazione dei moduli attivati</p> <p><i>(si fa riferimento agli indicatori di processo dei moduli della sanità di iniziativa)</i></p>
<p>INDICATORE</p> <p>Rispetto degli indicatori individuati a livello regionale</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio regionale</p>

<p>REQUISITO CP 2.3</p> <p>L'unità funzionale garantisce una gestione efficace dell'ADI <i>in dimissione dall'ospedale</i></p>
<p>INDICATORE</p> <p>% delle ADI <i>in dimissione dall'ospedale</i> attivate nel tempo predeterminato dall'Azienda</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero delle ADI attivate nel tempo predeterminato dall'Azienda</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero totale dimessi per cui è stata attivata l'ADI</p>
<p>STANDARD BASE 70% rispetto alla media regionale</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno</p>

<p>REQUISITO CP 2.4</p>

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

L'unità funzionale garantisce la progettualità dell'intervento ADI	
INDICATORE	% progetti di pazienti in carico ADI
NUMERATORE	Numero progetti di pazienti in carico ADI
DENOMINATORE	Numero pazienti in carico ADI
STANDARD BASE	80%
TIPOLOGIA FONTE	monitoraggio interno

REQUISITO CP 2.5 L'unità funzionale attua programmi di prevenzione del rischio tramite Programmi AFA ed altri programmi di educazione alla salute	
INDICATORE 1	Grado di diffusione dei programmi AFA a bassa disabilità tra i residenti >= 65 anni
NUMERATORE	Numero programmi AFA a bassa disabilità attivi alla data di rilevazione
DENOMINATORE	Popolazione residente >= 65 anni
STANDARD BASE	1 corso attivo ogni 1.000 residenti >= 65 anni
TIPOLOGIA FONTE	<i>sistema di valutazione performance (B22)</i>
INDICATORE 2	Grado di diffusione dei programmi AFA ad alta disabilità tra i residenti >= 65 anni
NUMERATORE	Numero programmi AFA ad alta disabilità attivi alla data di rilevazione
DENOMINATORE	Popolazione residente >= 65 anni
STANDARD BASE	almeno 1 corso attivato ogni 15.000 residenti >= 65 anni all'anno
TIPOLOGIA FONTE	<i>sistema di valutazione performance (B22)</i>

REQUISITO CP2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva	
---	--

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

INDICATORE
% pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE
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
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO CP2. (M26)*
I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE
% 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
NUMERATORE
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
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO CP2. (M27)
E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE
<i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
REQUISITO CP2. (M28)
Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1
% di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

<p>NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente</p>
<p>DENOMINATORE Totale medici</p>
<p>STANDARD BASE 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale</p>
<p>INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i></p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i></p>
<p>DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</p>
<p>INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i></p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i></p>
<p>DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)</p>
<p>REQUISITO CP2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento</p>
<p>INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti</p>
<p>NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti</p>
<p>DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati</p>

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

STANDARD BASE 75 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
REQUISITO CP2. (M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
REQUISITO CP2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1 % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
STANDARD BASE 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
NUMERATORE

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

<i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
DENOMINATORE <i>Numero operatori sanitari</i>
STANDARD BASE 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i>

REQUISITO CP2. (M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e centro GRC per sinistri

REQUISITO CP2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1)

REQUISITO CP2. (M35) I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri report indagine Pronto Soccorso ; report indagine Materni-Infantile; report indagine Distretti)

REQUISITO CP2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo) <i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i>

REQUISITO CP2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO CP2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

INDICATORE
% di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

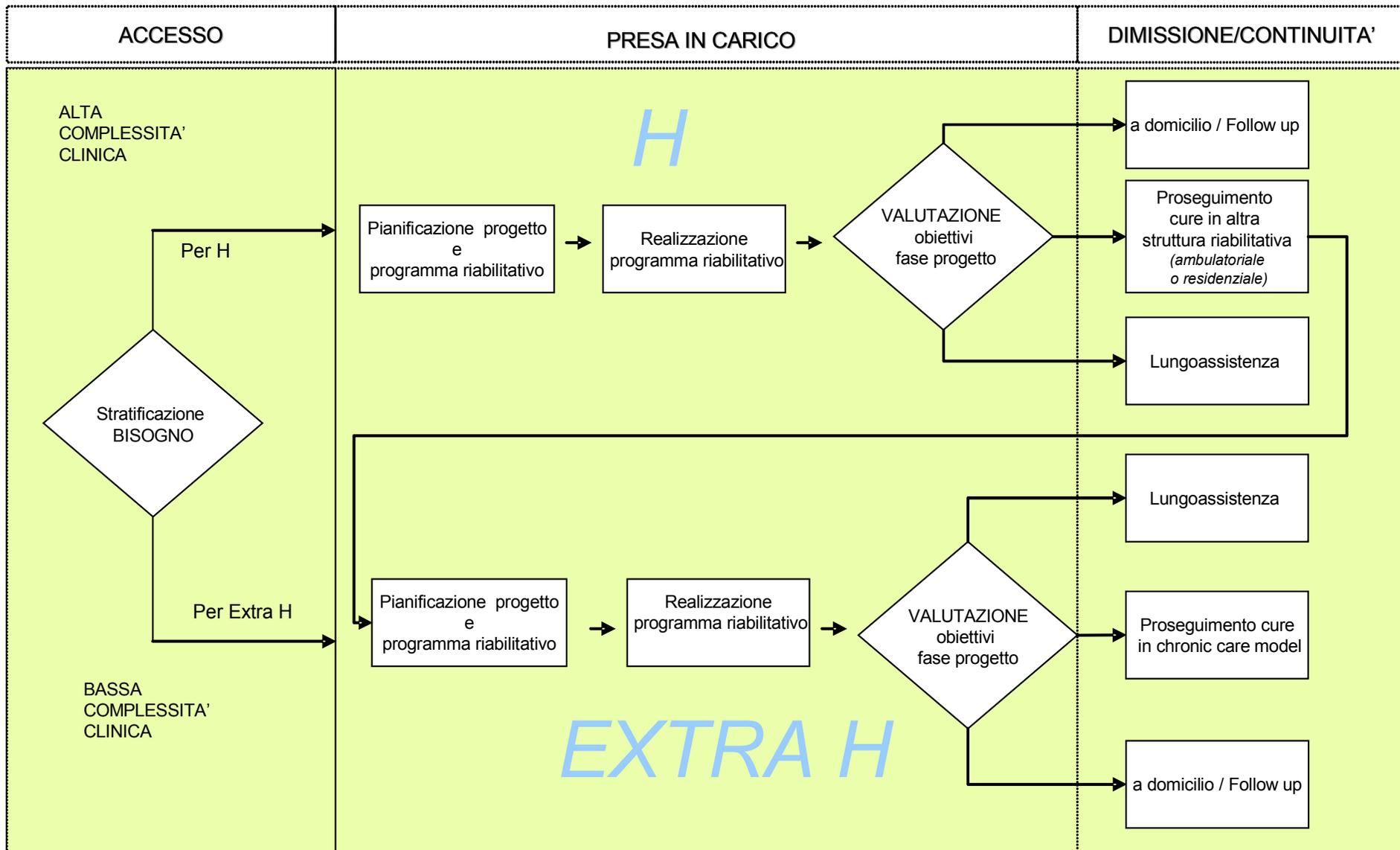
REQUISITO CP2. (M42)*
L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1
Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2
Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE
Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE
Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

REQUISITO CP2. (M44)
Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1
L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
STANDARD BASE si

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

Tabella n. 11 diagramma di flusso area riabilitazione



Percorso di Area riabilitazione			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	RIABA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIABA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIABA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi	Gestione dati	MANAGEMENT
	RIABA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)	Gestione dati	MANAGEMENT
	RIABA5.L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIABM1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIABM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIABM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIABM4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIABM5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	RIABM6. L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redarre una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	RIABM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace	Formazione	MANAGEMENT
	RIABM8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione	Formazione	MANAGEMENT
	RIABM9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori	Gestione dati	MANAGEMENT
	RIABM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici	Gestione dati	MANAGEMENT
	RIABM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area riabilitazione			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	RIABM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani.	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIABM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIABM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIABM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIABM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione.....) sono regolati attraverso protocolli condivisi.	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	RIABM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).	Cooperazione (interna)	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
RIAB1. ACCESSO AL SISTEMA	RIAB1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	RIAB1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>		
	RIAB1.1(M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB1.1(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB1.1(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

Percorso di Area riabilitazione			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	RIAB1.1(M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
riab 1.1 Stratificazione del bisogno per H	RIAB 1.1 L'organizzazione attua una stratificazione del bisogno appropriata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
riab 1.2 Stratificazione del bisogno per extra H	RIAB 1.2 L'organizzazione attua una stratificazione del bisogno appropriata	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
RIAB2.PRESA IN CARICO	RIAB2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva.	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
	RIAB2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente	Formazione	MANAGEMENT
	RIAB2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri	Gestione dati	MANAGEMENT
	RIAB2.(M34)E' garantita la qualità delle prestazioni erogate	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area riabilitazione			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	RIAB2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RIAB2. (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Percorso di Area riabilitazione			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
riab 2.1 Presa in carico H			

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

Percorso di Area riabilitazione			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
riab 2.1.1 Pianificazione progetto e programma riabilitativo in H	RIAB 2.1.1.1 l'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB 2.1.1.2 Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbilità e l'instabilità dei parametri vitali	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
riab 2.1.2 Realizzazione programma riabilitativo in H	RIAB 2.1.2.1 l'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB 2.1.2.2 Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbilità e l'instabilità dei parametri vitali	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
riab 2.1.3 Valutazione obiettivi fase progetto in H	RIAB 2.1.3.1 l'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
	RIAB 2.1.3.2 Il programma riabilitativo attuato è efficace	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
riab2.2 Presa in carico extra H			
riab 2.2.1 Pianificazione progetto e programma riabilitativo extra H	RIAB 2.2.1.1 l'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
riab 2.2.2 Realizzazione programma riabilitativo extra H			
riab 2.2.3 Valutazione obiettivi fase progetto extra H	RIAB 2.2.3.1 Il programma riabilitativo attuato è efficace	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RIAB3. DIMISSIONI/ CONTINUITA'	RIAB3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RIAB3. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

Percorso di Area riabilitazione			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	RIAB3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	RIAB3. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	RIAB 3. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
riab3.1 Lungo-assistenza	RIAB 3.1.1 E' garantita la gestione del passaggio alla fase di lungoassistenza	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
riab3.2 Dimissione a domicilio e follow up			
riab3.3 Proseguimento cure in altra struttura riabilitativa (da H a struttura ambulatoriale o residenziale)	RIAB 3.3.1 Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbidità e l'instabilità dei parametri vitali	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
riab3.4 Proseguimento cure in chronic care model (da struttura extra H a percorso cure primarie)			

Percorso di Area riabilitazione

GENERALI AZIENDALI

<p>REQUISITO RIABA1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.</p>
<p>INDICATORE % raggiungimento degli impegni presi tramite gli strumenti di informazione</p>
<p>NUMERATORE Numero impegni raggiunti</p>
<p>DENOMINATORE Numero impegni regionali</p>
<p>STANDARD BASE 75%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO RIABA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda</p>
<p>INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico</p>
<p>STANDARD BASE 40 ore settimanali</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>documento aziendale</i> nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO RIABA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi</p>
<p>INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale</p>
<p>NUMERATORE $\sum (FLU_i \times W_i)$ FLU_i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo e W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>DENOMINATORE $\sum W_i$ W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p> <p>nota: indicatore aziendale complessivo</p>
<p>REQUISITO RIABA4.</p> <p><i>E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)</i></p>
<p>INDICATORE 1</p> <p><i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 15 giorni</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p><i>Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i></p>
<p>DENOMINATORE</p> <p><i>Numero di visite specialistiche totali esaminate</i></p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p><i>% prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni TAC e RM entro 30 giorni</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p><i>Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previste dagli indirizzi regionali</i></p>
<p>DENOMINATORE</p> <p><i>Numero di esami diagnostici totali esaminati</i></p>
<p>STANDARD BASE 60%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE flusso TAT</p>
<p>REQUISITO RIABA5.</p> <p><i>L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione di tessuti e cornee</i></p>
<p>INDICATORE 1</p> <p><i>Qualità del processo donazione di tessuto corneale</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p><i>Numero donatori di tessuto corneale</i></p>
<p>DENOMINATORE</p> <p><i>Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni</i></p>

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

STANDARD BASE > = 5%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT
INDICATORE 2 <i>Qualità del processo donazione di tessuto osseo, cutaneo, homografts</i>
NUMERATORE <i>Numero donatori di tessuto osseo e/o cutaneo e/o homografts</i>
DENOMINATORE <i>Numero decessi > = 4 anni e < = 75 anni</i>
STANDARD BASE > = 2%
TIPOLOGIA FONTE dati OTT

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO RIABM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO RIABM2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti <i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i>
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

<p>REQUISITO RIABM3.</p> <p>Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p> <p><i>(Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 35%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p>REQUISITO RIABM4.</p> <p>E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p> <p><i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... ; per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>

<p>REQUISITO RIABM5.*</p> <p>E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

<p>REQUISITO RIABM6.</p> <p>L'organizzazione concorre a definire annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>

<p>REQUISITO RIABM7.</p> <p>Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative (<i>Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo"</i>)</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno</p>
<p>STANDARD BASE 35%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>

<p>REQUISITO RIABM8.</p> <p>Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero schede compilate per ogni nuovo assunto</p>
<p>DENOMINATORE</p>

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO RIABM9. Il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i> è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
NUMERATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero di operatori a cui è stato diffuso il <i>“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”</i>
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO RIABM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO RIABM11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i></p>
<p>TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale</p>
<p>REQUISITO RIABM12.</p> <p>Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>Compliance lavaggio mani operatori</p> <p><i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di lavaggio mani effettuate</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero occasioni di lavaggio mani</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE farmacia</p>
<p>INDICATORE 3</p> <p>% di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</p>
<p>NUMERATORE</p>

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero di pazienti che dichiarano che i medici si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4 <i>% di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
NUMERATORE <i>Numero di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro</i>
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO RIABM13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE 1 Report periodici sulla situazione microbiologica, le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
INDICATORE 2 Presenza di procedure che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione per i laboratori con cui si interfaccia l'organizzazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO RIABM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>
INDICATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO RIABM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema incident reporting e le cadute che esitano in un sinistro
NUMERATORE Cadute segnalate con il sistema di incident reporting regionale
DENOMINATORE Cadute che esitano in un sinistro
STANDARD BASE >1
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di cadute con danno <i>su cui è stato effettuato</i> un audit
NUMERATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero di <i>audit sulle cadute con danno</i>
DENOMINATORE Numero cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO RIABM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli <i>validati dall'azienda</i>
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo <i>validato dall'azienda</i>
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO RIABM17. La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi con le macrostrutture organizzative interne (es: medicina , chirurgia, lungodegenza, altro....).
INDICATORE Per ogni percorso assistenziale individuato come critico (indicare elenco aziendale) è presente un protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
NUMERATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici con protocollo condiviso con le altre macrostrutture organizzative interne interessate
DENOMINATORE Numero di percorsi assistenziali individuati come critici
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

RIAB1. Accesso al sistema

REQUISITO RIAB1. (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

% di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

REQUISITO RIAB1. (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO RIAB1. (M20) <i>spostato a livello aziendale: A4</i>

REQUISITO RIAB1. (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO RIAB1. (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO RIAB1. (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO RIAB1. (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

RIAB1.1 Stratificazione del bisogno per H

REQUISITO RIAB 1.1 L'organizzazione attua una stratificazione del bisogno appropriata
INDICATORE 1 % pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

NUMERATORE Numero pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile
DENOMINATORE Totale pazienti in carico
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE flusso SDO, revisione cartelle
INDICATORE 2 % pazienti con comorbilità
NUMERATORE Numero pazienti con comorbilità
DENOMINATORE Totale pazienti in carico
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE flusso SDO, revisione cartelle
INDICATORE 3 % pazienti ammessi in continuità dall'ospedale
NUMERATORE Numero pazienti ammessi in continuità dall'ospedale
DENOMINATORE Totale pazienti in carico
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE flusso SDO, revisione cartelle

RIAB1.2 Stratificazione del bisogno per extra H

REQUISITO RIAB 1.2 L'organizzazione attua una stratificazione del bisogno appropriata
INDICATORE 1 % pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile
NUMERATORE Numero pazienti con attribuzione di prognosi di modificabilità funzionale possibile
DENOMINATORE Totale pazienti in carico
STANDARD BASE 90%

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

TIPOLOGIA FONTE flusso SPR e SDO, revisione cartelle
INDICATORE 2 % pazienti con reingresso <i>in ospedale</i> tramite PS <i>entro 30 giorni</i>
NUMERATORE Numero pazienti con reingresso <i>in ospedale</i> tramite PS <i>entro 30 giorni</i>
DENOMINATORE Totale pazienti in carico
STANDARD BASE 10% <i>(non applicabile alle organizzazioni che operano per la disabilità neuropsichica)</i>
TIPOLOGIA FONTE flusso SPR e SDO, revisione cartelle
INDICATORE 3 % pazienti a bassa complessità clinica ammessi direttamente <i>dal</i> reparto per acuti
NUMERATORE Numero pazienti a bassa complessità clinica ammessi direttamente <i>dal</i> reparto per acuti
DENOMINATORE Totale pazienti ammessi
STANDARD BASE > 50% per le strutture residenziali (D1.1) > 25% per le strutture ambulatoriali (B2.1) <i>(non applicabile alle organizzazioni che operano per la disabilità neuropsichica)</i>
TIPOLOGIA FONTE flusso SPR e SDO, revisione cartelle

RIAB2. Presa in carico

REQUISITO RIAB2. (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE % pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti
NUMERATORE 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
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80%

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO RIAB2. (M26)*</p> <p>I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di pazienti intervistati</p>
<p>STANDARD BASE 85%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>REQUISITO RIAB2. (M27)</p> <p>E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza</p>
<p>INDICATORE</p> <p><i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica</p>
<p>REQUISITO RIAB2. (M28)</p> <p>Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Totale medici</p>
<p>STANDARD BASE 40%</p> <p><i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i></p>

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO RIAB2. (M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 75 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO RIAB2. (M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

per strutture ospedaliere pubbliche	
INDICATORE 1	% di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
NUMERATORE	Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento
DENOMINATORE	Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE	30%
TIPOLOGIA FONTE	sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 2	% pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
NUMERATORE	Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento
DENOMINATORE	Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE	raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE	sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
per casa di cura:	
INDICATORE 1	% di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
NUMERATORE	Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico/ infermiere di riferimento
DENOMINATORE	Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE	50%
TIPOLOGIA FONTE	<i>sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
REQUISITO RIAB2. (M31)*	
Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente	
INDICATORE 1	Numero medio di audit svolti per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 3 % di azioni di miglioramento realizzate in un anno
NUMERATORE Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella
DENOMINATORE Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE <i>una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 % di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
NUMERATORE Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 5 % di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
NUMERATORE Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>

REQUISITO RIAB2. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1 % di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
NUMERATORE Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
STANDARD BASE 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
NUMERATORE Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
DENOMINATORE Numero operatori sanitari
STANDARD BASE 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO RIAB2. (M33)

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri

REQUISITO RIAB2. (M34) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate
INDICATORE % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO RIAB2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo) <i>(E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

<p>TIPOLOGIA FONTE <i>revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice (in questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)</i></p>
<p>REQUISITO RIAB2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati</p>
<p>INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali</p>
<p>REQUISITO RIAB2. (M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i></p>
<p>INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i></p>
<p>NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate</p>
<p>DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate</p>
<p>STANDARD BASE 70%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche</p>
<p>INDICATORE 2 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 3 <i>abrogato</i></p>
<p>INDICATORE 4 % mortalità nei DRG a bassa mortalità</p>
<p>NUMERATORE Numero deceduti con DRG a bassa mortalità</p>
<p>DENOMINATORE Numero dimessi con DRG a bassa mortalità</p>
<p>STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE <i>sistema di valutazione delle performance (C6.4.2) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i></p>
<p>INDICATORE 5</p>

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

<i>% pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
NUMERATORE <i>Numero pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
DENOMINATORE <i>Numero pazienti con MEWS ></i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i>

REQUISITO RIAB2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore
INDICATORE 1 Presenza nella documentazione sanitaria delle corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata.
NUMERATORE Numero cartelle cliniche in cui sono presenti le corrette registrazioni della valutazione del dolore al giorno e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE almeno 3 registrazioni e compliance 80% per le registrazioni e 100% per i trattamenti; <i>per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni</i>
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>
INDICATORE 3 <i>Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni</i>
STANDARD BASE <i>si</i>
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 <i>abrogato</i>
INDICATORE 5

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

% pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per i pazienti ricoverati, 70% per il PS
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO RIAB2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO RIAB2. (M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO RIAB2. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle revisionate
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>

REQUISITO RIAB2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1 Per ogni CVC posizionato: a) esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica (medica e infermieristica); b) esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata (ogni anno) per l'applicazione delle principali raccomandazioni. c) scheda e procedura sono coerenti con la buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Tasso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

NUMERATORE Numero di infezioni da CVC
DENOMINATORE Numero giornate di degenza dei pazienti con CVC
STANDARD BASE coerente con dati di letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno del tasso di infezioni

REQUISITO RIAB2. (M44) Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
INDICATORE 1 L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>

REQUISITO RIAB2. (M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione
INDICATORE % di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
NUMERATORE Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito
DENOMINATORE Numero di pazienti a rischio
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO RIAB2. (M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale
INDICATORE % di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)
NUMERATORE Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
DENOMINATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero di pazienti a rischio nutrizionale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO RIAB2. (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Numero di <i>cartelle cliniche revisionate</i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

RIAB2.1 Presa in carico H

RIAB2.1.1 Pianificazione progetto e programma riabilitativo in H

REQUISITO RIAB 2.1.1.1 L'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati
INDICATORE Sono in uso sistemi di classificazione e valutazione validati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

REQUISITO RIAB 2.1.1.2 Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbilità e l'instabilità dei parametri vitali
INDICATORE 1 % pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg
NUMERATORE Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg
DENOMINATORE Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo
STANDARD BASE 10%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Tempo di attesa medio tra la dimissione dalla UO acuti e l'ammissione in struttura residenziale
NUMERATORE Somma dei tempi di attesa tra la dimissione dalla UO acuti e l'ammissione in struttura residenziale per i pazienti che sono ammessi in struttura residenziale
DENOMINATORE Numero pazienti che sono ammessi in struttura residenziale
STANDARD BASE 1 gg
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

RIAB2.1.2 Realizzazione programma riabilitativo in H

REQUISITO RIAB 2.1.2.1 L'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati
INDICATORE Sono in uso sistemi di classificazione e valutazione validati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO RIAB 2.1.2.2 Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbilità e l'instabilità dei parametri vitali
INDICATORE 1

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

% pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg
NUMERATORE Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg
DENOMINATORE Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo
STANDARD BASE 10%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Tempo di attesa medio tra la dimissione dalla UO acuti e l'ammissione in struttura residenziale
NUMERATORE Somma dei tempi di attesa tra la dimissione dalla UO acuti e l'ammissione in struttura residenziale per i pazienti che sono ammessi in struttura residenziale
DENOMINATORE Numero pazienti che sono ammessi in struttura residenziale
STANDARD BASE 1 gg
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

RIAB2.1.3 Valutazione obiettivi fase progetto in H

REQUISITO RIAB 2.1.3.1 L'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati
INDICATORE Sono in uso sistemi di classificazione e valutazione validati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO RIAB 2.1.3.2 Il programma riabilitativo attuato è efficace
INDICATORE 1 % pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo
NUMERATORE Numero pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo
DENOMINATORE

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Numero pazienti con progetto riabilitativo
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 % pazienti a cui viene fatta la valutazione clinica funzionale all'ingresso e all'uscita
NUMERATORE Numero di pazienti a cui viene fatta la valutazione clinica funzionale all'ingresso e all'uscita
DENOMINATORE Numero pazienti <i>ricoverati</i>
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

RIAB2.2 Presa in carico extra H

RIAB2.2.1 Pianificazione progetto e programma riabilitativo extra H

REQUISITO RIAB 2.2.1.1 L'organizzazione utilizza sistemi di classificazione e valutazione validati
INDICATORE Sono in uso sistemi di classificazione e valutazione validati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

RIAB2.2.3 Valutazione obiettivi fase progetto extra H

REQUISITO RIAB 2.2.3.1 Il programma riabilitativo attuato è efficace
INDICATORE 1 % progetti riabilitativi che hanno fra gli obiettivi il miglioramento funzionale
NUMERATORE Numero progetti riabilitativi che hanno fra gli obiettivi il miglioramento funzionale
DENOMINATORE Numero progetti riabilitativi
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE flusso SPR, revisione cartelle

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

INDICATORE 2 % pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo
NUMERATORE Numero pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo
DENOMINATORE Numero pazienti con progetto riabilitativo
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE flusso SPR, revisione cartelle

RIAB3. Dimissioni/continuità

REQUISITO RIAB3. (M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO RIAB3. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE 1 Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione aziendale
INDICATORE 2 % ricoveri maggiori di 30 giorni
NUMERATORE Numero dimessi con degenza > 30gg

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

DENOMINATORE Numero dimessi
STANDARD BASE <1,5%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di dimissioni con attivazione ADI <i>(è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)</i>
NUMERATORE Numero di dimissioni con attivazione ADI
DENOMINATORE Numero di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO RIAB3. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

REQUISITO RIAB3. (M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO RIAB3. (M52) La continuità terapeutica è garantita con la prescrizione/ fornitura di farmaci/ presidi alla dimissione
INDICATORE 1 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 2 % di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto <i>fornitura di farmaci</i> alla dimissione
DENOMINATORE <i>Numero di pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (<i>report indagine ricoveri</i>) ; <i>laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno</i>

RIAB3.2 Lungo-assistenza

REQUISITO RIAB 3.1.1 E' garantita la gestione del passaggio alla fase di lungoassistenza
INDICATORE % soggetti che alla dimissione del percorso riabilitativo presentano bisogni socio assistenziali aperti presi in carico al PUA (Punto Unico di Accesso)
NUMERATORE Numero soggetti presi in carico al PUA (Punto Unico di Accesso)
DENOMINATORE Totale soggetti che alla dimissione del percorso riabilitativo presentano bisogni socio assistenziali aperti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle

RIAB3.3 Proseguimento cure in altra struttura riabilitativa (da H a struttura ambulatoriale o residenziale)

<p>REQUISITO RIAB 3.3.1</p> <p>Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbidità e l'instabilità dei parametri vitali</p>
<p>INDICATORE 1</p> <p>% pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo con riammissione per la stessa patologia entro 30 gg</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero pazienti che hanno terminato il progetto riabilitativo</p>
<p>STANDARD BASE 10%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno</p>
<p>INDICATORE 2</p> <p>Tempo di attesa medio tra <i>la struttura riabilitativa</i> e l'ammissione in struttura residenziali</p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Somma dei tempi di attesa tra la dimissione dalla <i>struttura riabilitativa</i> e l'ammissione in struttura residenziale per i pazienti che sono ammessi in struttura residenziale</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero pazienti che sono ammessi in struttura residenziale</p>
<p>STANDARD BASE 1 gg</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche</p>

Percorso organizzativo Strutture Residenziali e Ambulatoriali Private			
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA	
A1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione. (A e R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
A2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda (A e R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE	
RA1. Si è predisposto un processo per l'invio dei flussi informativi (solo R)	Gestione dati	MANAGEMENT	
M1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento (A e R)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
M2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività (A e R)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
M3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata (A e R)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
M4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni (A e R)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
M5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana (A e R)	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
RA2. L'organizzazione definisce annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali (A e R)	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
M8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione (A e R)	Formazione	MANAGEMENT	
M9. Il "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza" è diffuso agli operatori (A e R)	Gestione dati	MANAGEMENT	
M10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici (A e R)	Gestione dati	MANAGEMENT	
M11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (A e R) (E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
M12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani. (A e R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Tabella n. 12 requisiti strutture residenziali e ambulatoriali private

Percorso organizzativo Strutture Residenziali e Ambulatoriali Private			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	M13. Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	M14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili (A e R) <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	M15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione delle cadute	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
RA1. ACCESSO AL SISTEMA	RA 1.(M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente (A e R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Corretta identificazione del paziente	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RA 1.(M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione (solo R)	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	RA 1. (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche (solo R)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA 1.(M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio (A e R)	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA 1.(M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza (A e R)	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA 1. (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione (solo R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
RA 2.PRESA IN CARICO/DEGENZA	RA2.(M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva. (A e R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA2.(M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza (A e R)	Umanizzazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA2.(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza (solo R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA2.(M28) Viene promosso un uso comprensibile del linguaggio medico nella comunicazione con il paziente e i familiari (solo R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Tabella n. 12 requisiti strutture residenziali e ambulatoriali private

Percorso organizzativo Strutture Residenziali e Ambulatoriali Private			
REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA	
RA2.(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento (solo R)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT	
RA2.(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente (solo R)	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT	
RA2.(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente (A e R)	Formazione	MANAGEMENT	
RA2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri (solo R)	Gestione dati	MANAGEMENT	
RA2.(M35) E' garantita la qualità delle prestazioni erogate (A e R)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori (solo R)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati (A e R)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i> (solo R)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore (solo R)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc (solo R)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M41) Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	
RA2.(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI	

Tabella n. 12 requisiti strutture residenziali e ambulatoriali private

Percorso organizzativo Strutture Residenziali e Ambulatoriali Private			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	RA2.(M46) Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione del rischio nutrizionale	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
DIMISSIONE/ESITO	RA3.(M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili. (solo R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Sicurezza nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	RA3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento (solo R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	RA3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.). (solo R)	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	RA3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare (solo R)	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	RA3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni (solo R)	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

REQUISITI STRUTTURE RESIDENZIALI e AMBULATORIALI

I requisiti generali che seguono sono contrassegnati ai fini della loro applicabilità:

- con la lettera **A** se applicabili a strutture ambulatoriali
- con la lettera **R** se applicabili a strutture residenziali e/o semiresidenziali

GENERALI AZIENDALI

REQUISITO A1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione.
INDICATORE Presenza degli strumenti di informazione
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documentazione
APPLICAZIONE: A e R

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

REQUISITO A2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 40 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA1. Si è predisposto un processo per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Capacità di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE Flussi informativi che si è capaci di trasmettere
DENOMINATORE Flussi informativi potenzialmente dovuti
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE: R

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

REQUISITO RA (M1) I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA (M2) Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
NUMERATORE Numero dipendenti che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE Numero dipendenti che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA (M3) Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
INDICATORE % dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
NUMERATORE Numero di dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
DENOMINATORE Numero di dipendenti che hanno partecipato all' indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : A e R

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

<p>REQUISITO RA (M4)</p> <p>E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni</p>
<p>INDICATORE</p> <p>% di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p> <p><i>(Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, ... ; per ogni struttura sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione)</i></p>
<p>NUMERATORE</p> <p>Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>DENOMINATORE</p> <p>Numero di servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione</p>
<p>STANDARD BASE 90%</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>APPLICAZIONE : A e R</p>
<p>REQUISITO RA (M5)*</p> <p>E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>APPLICAZIONE : A e R</p>
<p>REQUISITO RA2.</p> <p>L'organizzazione definisce annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali</p>
<p>INDICATORE</p> <p>Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto</p>
<p>STANDARD BASE si</p>
<p>TIPOLOGIA FONTE documento aziendale</p>
<p>APPLICAZIONE : A e R</p>
<p>REQUISITO RA (M8)</p> <p>Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a</p>

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

valutazione
INDICATORE 1 % schede di valutazione compilate del programma di orientamento per i nuovi assunti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti
NUMERATORE Numero schede compilate per ogni nuovo inserito
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
NUMERATORE Numero di nuovi assunti valutati dopo il programma di orientamento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
NUMERATORE Numero di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento
DENOMINATORE Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA (M9). Il “Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza” è diffuso agli operatori
INDICATORE % di operatori a cui è stato diffuso il “Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”
NUMERATORE Numero di operatori a cui è stato diffuso il “Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”
DENOMINATORE Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA (M10) Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati <i>(I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA (M11)* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza <i>(E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)</i>
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse <i>(per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)</i>
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2 % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70% <i>(per il calcolo del valore percentuale oltre alle buone pratiche autocertificate sono valide anche le attestazioni volontarie acquisite in precedenza; gli attestati delle buone pratiche sono rilasciati dal Centro GRC)</i>
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA (M12) Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori <i>(E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nei quaderni GRC. L'osservazione, svolta da un operatore preferibilmente esterno alla struttura, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.)</i>
NUMERATORE Numero di lavaggio mani effettuate
DENOMINATORE Numero occasioni di lavaggio mani
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio del lavaggio delle mani
INDICATORE 2 Consumo medio giornaliero di sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

NUMERATORE
Consumo sapone antisettico - consumo gel alcolico con caratteristiche coerenti con quanto indicato dalla buona pratica regionale
DENOMINATORE
Giornate di ricovero ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE coerente con dati letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE farmacia
INDICATORE 3
% di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che i medici e infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la visita ad un paziente e quella ad un altro
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA (M13)
Presenza di un sistema di sorveglianza e prevenzione della diffusione dei microrganismi multiresistenti
INDICATORE
Report periodici sulla situazione microbiologica. Le modalità di sorveglianza devono essere coerenti con i requisiti della buona pratica regionale
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio resistenze
APPLICAZIONE : R
REQUISITO RA (M14)
E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili <i>(Sono definiti cittadini fragili soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità o particolare problematiche - fonte: Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della Salute, giugno 2011)</i>
INDICATORE
Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R
REQUISITO RA (M15) Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1 % di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE Numero pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE Numero pazienti anziani presenti in struttura (o ricoverati)
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale <i>(il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R

REQUISITI TRASVERSALI A TUTTO IL PERCORSO

1. Accesso al sistema

REQUISITO RA1 (M18) Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente
INDICATORE (solo per R) % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati
STANDARD BASE 90%

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

INDICATORE (solo per A) Presenza di una procedura aziendale per la corretta identificazione dell'utente
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : R e A

REQUISITO RA (M19) L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE Presenza di una procedura e di un documento aziendale ad hoc <i>(il condividere va inteso come coinvolgere)</i>
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose ed etniche
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per ridurre le differenze culturali
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Presenza di programmi e azioni per garantire la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio psico-fisico (es. ipovedenti, sordo-muti...)
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

della permanenza
INDICATORE Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Presenza di procedura per la messa in atto del percorso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : R

2. Presa in carico/degenza

REQUISITO RA 2 (M25)* Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva
INDICATORE Presenza di una procedura aziendale ad hoc
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA2 (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE Presenza di una procedura aziendale ad hoc
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

REQUISITO RA 2(M27) E' adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza
INDICATORE <i>Adesione</i> alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC attestazione buona pratica
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 2(M28) Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari
INDICATORE 1 % di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
NUMERATORE Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE Totale medici
STANDARD BASE 40% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dai medici</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio aziendale
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le <i>risposte</i> ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute <i>dagli infermieri</i> erano <i>chiare</i>
DENOMINATORE

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

<i>Totale dei pazienti intervistati</i>
STANDARD BASE <i>raccolta del dato (baseline)</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio aziendale</i>
APPLICAZIONE: R

REQUISITO RA 2(M29) La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti
DENOMINATORE Numero di pazienti che sono stati intervistati
STANDARD BASE 75 %
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio aziendale</i>
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 2(M31)* Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture <i>complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno <i>(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)</i>
NUMERATORE

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

<i>Numero di M&M svolte in un anno</i>
DENOMINATORE <i>Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali</i>
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 3 <i>% di azioni di miglioramento realizzate in un anno</i>
NUMERATORE <i>Numero di azioni di miglioramento realizzate in un anno relativamente ad audit, M & M e analisi eventi sentinella</i>
DENOMINATORE <i>Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella</i>
STANDARD BASE <i>una azione di miglioramento per ogni audit; tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 4 <i>% di eventi sentinella segnalati entro 48 ore</i>
NUMERATORE <i>Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore</i>
DENOMINATORE <i>Numero eventi sentinella totale</i>
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
INDICATORE 5 <i>% di segnalazioni o pre analisi inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi</i>
NUMERATORE <i>Numero di segnalazioni inserite nel sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi</i>
DENOMINATORE <i>Numero di ricoveri</i>
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE <i>rischio clinico aziendale</i>
APPLICAZIONE : R

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

REQUISITO RA 2(M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1 <i>% di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale</i>
NUMERATORE Numero di CRM e facilitatori formati adeguatamente rispetto al piano di formazione regionale
DENOMINATORE Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
STANDARD BASE 90% <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 <i>% di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
NUMERATORE <i>Numero di operatori sanitari (esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico</i>
DENOMINATORE Numero operatori sanitari
STANDARD BASE 50 % <i>(per il calcolo del valore percentuale da raggiungere si può fare riferimento ai piani di formazione aziendali per un periodo di 4 anni di cui due precedenti e due successivi alla data della attestazione)</i>
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA 2.(M33) Il sistema informativo, deve garantire: la raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli eventi avversi; la rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso; l'utilizzo di un database per la gestione ed il monitoraggio dei dati relativi ai sinistri
INDICATORE Presenza report periodici sulle informazioni raccolte in coerenza con gli indirizzi regionali del Centro GRC
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale e Centro GRC per sinistri
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 2.(M35)

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato
INDICATORE % pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA 2.(M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori
INDICATORE % di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a basso peso molecolare, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo) <i>(è necessario dichiarare quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.)</i>
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report
DENOMINATORE Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 2. (M37) I protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Presenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA 2.(M38) <i>Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva</i>
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate e adattate al contesto <i>(sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)</i>
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate e adattate al contesto
DENOMINATORE Numero di pazienti
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 <i>abrogato</i>
INDICATORE 3 <i>abrogato</i>
INDICATORE 4 <i>% pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
NUMERATORE <i>Numero pazienti con MEWS > 3 trattati secondo una procedura aziendale</i>
DENOMINATORE <i>Numero pazienti con MEWS ></i>
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE <i>monitoraggio interno</i>
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 2.(M39) Esiste un sistema di gestione del dolore
INDICATORE 1 % di personale a cui è stato diffuso il protocollo
NUMERATORE Numero di personale a cui è stato diffuso il protocollo
DENOMINATORE

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

Totale personale
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3 % pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 2.(M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc
INDICATORE % di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale <i>(si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)</i>
NUMERATORE Numero di ricoveri in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di ricoveri
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 2.(M41)

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

Esiste un processo di informazione dei pazienti sul rischio clinico, finalizzato anche alla loro partecipazione attiva, e coerente con lo specifico percorso di cura
INDICATORE % di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che gli sono stati spiegati gli effetti (rischi e benefici) sulla salute dei trattamenti (terapie, interventi, medicazioni, ...) a cui sono stati sottoposti
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 2.(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici
INDICATORE 1 Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE <i>aziendale (es. indagini di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)</i>
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 2.(M45) Presenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

INDICATORE	
% di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito	
NUMERATORE	
Numero di pazienti a rischio valutati per ulcere da decubito	
DENOMINATORE	
Numero di pazienti a rischio	
STANDARD BASE	80%
TIPOLOGIA FONTE	monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R	

REQUISITO RA 2.(M46)	
Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale	
INDICATORE	
% di pazienti valutati per rischio nutrizionale (gli strumenti adottati devono avere i requisiti coerenti con quelli indicati dalla buona pratica regionale)	
NUMERATORE	
Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale	
DENOMINATORE	
Numero di pazienti a rischio nutrizionale	
STANDARD BASE	80%
TIPOLOGIA FONTE	monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R	

3. Dimissioni/esito

REQUISITO RA 3.(M47)*	
Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili	
INDICATORE 1	
Presenza di una procedura coerente con gli indirizzi nazionali e regionali del Centro GRC per la gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili	
STANDARD BASE	si
TIPOLOGIA FONTE	documento aziendale
INDICATORE 2	
Presenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili	

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 3.(M48) Prima delle dimissioni è garantito un colloquio con i professionisti di riferimento
INDICATORE % pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni relative alla dimissione le hanno avute dal medico e/o infermiere di riferimento
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 3.(M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali, ecc.).
INDICATORE Esistenza di protocollo condiviso per i pazienti con bisogni complessi con le altre strutture interessate
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli è stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio
DENOMINATORE

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni <i>le spiegazioni gli sono state date per iscritto</i>
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 3.(M51)* Esiste una procedura per la gestione delle dimissioni in cui sono definiti : le informazioni sulle modalità di accesso alla rete dei servizi (es. PUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente <i>(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)</i>
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE <i>raccolta del dato</i>
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : R