

Allegato B
ALLEGATO E

INDICE

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

IL SISTEMA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO.....

L'ARCHITETTURA D'INSIEME.....

CODIFICA DEI REQUISITI.....

ATTESTAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CIRCA IL POSSESSO DEI REQUISITI.....

IL PROCESSO DI VALUTAZIONE.....

INDICATORI E STANDARD.....

REQUISITI ESSENZIALI.....

GIORNO INDICE.....

MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' E DELLA SICUREZZA DELLE CURE.....

TABELLE.....

Tab. 1 - R: REQUISITI AREA CHIRURGICA.....

Tab. 1 - I: INDICATORI E STANDARD AREA CHIRURGICA.....

Tab. 2 - R: REQUISITI AREA ONCOLOGICA.....

Tab. 2 - I: INDICATORI E STANDARD AREA ONCOLOGICA.....

Tab. 3 - R: REQUISITI AREA MEDICA.....

Tab. 3 - I: INDICATORI E STANDARD AREA MEDICA.....

Tab. 4 - R: REQUISITI AREA CRITICA.....

Tab. 4 - I: INDICATORI E STANDARD AREA CRITICA.....

Tab. 5 - R: REQUISITI AREA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA.....

Tab. 5 - I: INDICATORI E STANDARD AREA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA.....

Tab. 6 - R: REQUISITI AREA MATERNO INFANTILE.....

Tab. 6 - I: INDICATORI E STANDARD AREA MATERNO INFANTILE.....

Tab. 7 - R: REQUISITI AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE.....

Tab. 7 - I: INDICATORI E STANDARD AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE.....

Tab. 8 - R: REQUISITI AREA SALUTE MENTALE.....

Tab. 8 - I: INDICATORI E STANDARD AREA SALUTE MENTALE.....

Tab. 9 - R: REQUISITI AREA EMERGENZA URGENZA.....

Tab. 9 - I: INDICATORI E STANDARD AREA EMERGENZA URGENZA.....

Tab.10 - R: REQUISITI AREA CURE PRIMARIE.....

Tab.10 - I: INDICATORI E STANDARD AREA CURE PRIMARIE.....

Tab.11 - R: REQUISITI AREA RIABILITAZIONE.....

Tab.11 - I: INDICATORI E STANDARD AREA RIABILITAZIONE.....

Tab.12 - R: REQUISITI STRUTTURE RESIDENZIALI E AMBULATORIALI PRIVATE.....

Tab.12 - I: INDICATORI E STANDARD STRUTTURE RESIDENZIALI E AMBULATORIALI PRIVATE..

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

b) 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 ciascun 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 requisiti 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 Documento Programmatico della 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

Tabella n. 1 requisiti area chirurgica

Percorso di Area chirurgica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	CM14. 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
	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) spostato a livello aziendale: A4		
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
	C2.2.2 La presa in carico del paziente oncologico che deve effettuare intervento chirurgico è appropriata	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 1 requisiti area chirurgica

Percorso di Area chirurgica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
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) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 1 requisiti area chirurgica

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 nota: si fa riferimento ai documenti regionali programmatici, in particolare il PSSR	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 1 requisiti area chirurgica

Percorso di Area chirurgica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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			
c 3.4 decesso	C.3.4.1 spostato a livello aziendale: A5		
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			

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Percorso di Area chirurgica**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO CA1.* 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO CA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 36 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO CA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
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
DENOMINATORE $\sum Wi$ Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO CA4.

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 CA5.**

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

DENOMINATORENumero decessi ≥ 5 anni e ≤ 75 anni**STANDARD BASE** $\geq 5\%$

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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 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 sì
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%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO CM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

INDICATORE
% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno (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 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO CM4.
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 (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)
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 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
INDICATORE
Presenza del documento che evidenzia l'organizzazione in atto
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

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzia l'organizzazione in atto
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza di budget dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficaci
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative (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 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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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 Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

% 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. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) 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 Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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 documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)
STANDARD BASE sì
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 (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)
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse (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)
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 (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)
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% (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)
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
REQUISITO CM12.

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori (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.)
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 raccolta del dato
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; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano che gli infermieri si lavavano o pulivano le mani o si cambiavano i guanti tra la

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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 (monitoraggio interno); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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. 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)
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CM15. 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

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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 (Il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)
STANDARD BASE sì
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 monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale
INDICATORE 4 % di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE Numero di audit sulle cadute con danno
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 validato dall'azienda
NUMERATORE

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero di servizio/fornitore con un protocollo validato dall'azienda
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

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

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

% pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso (Il condividere va inteso come coinvolgere)
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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO C1. (M20) spostato a livello aziendale: A4

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
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 , tra cui gli oncologici, 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

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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
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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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 raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

C2.3 Accettazione e accoglienza

REQUISITO C2.3. (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 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

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

% 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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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

REQUISITO 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
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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO C3. (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

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO 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
INDICATORE
Adesione alla buona pratica regionale del Centro GRC per la gestione della comunicazione difficile
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%
(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)
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2
% di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dai medici erano chiare
DENOMINATORE
Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri); laddove non

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

attuato si procede con il monitoraggio interno
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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO 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
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); /laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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

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 (Se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno (Se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

DENOMINATORE
Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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 una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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 rischio clinico aziendale
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 rischio clinico aziendale
REQUISITO C3. (M32)
Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

% 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% (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)
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 % (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)
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 % 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 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale
DENOMINATORE

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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

REQUISITO C3. (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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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)

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

(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)	
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	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)

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

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

Numero deceduti con DRG a bassa mortalità
DENOMINATORE 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 (Si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)
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

REQUISITO C3. (M42)*
L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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 raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)

REQUISITO C3. (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

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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 degli anticoagulanti
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 abrogato

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

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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

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)

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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 (fare riferimento a tutte le sale operatorie afferenti alla struttura organizzativa funzionale)
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 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

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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 nota: si fa riferimento ai documenti regionali programmatici, in particolare il PSSR
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

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

¹ Per ciascuna specialità i tipi di intervento sono definiti in base ai dati della letteratura internazionale² 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

% 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 cartelle cliniche revisionate
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 spostato a livello aziendale: A5

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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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

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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 2	

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

% 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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 (Si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

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

Tabella n. 1 indicatori e standard area chirurgica

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

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

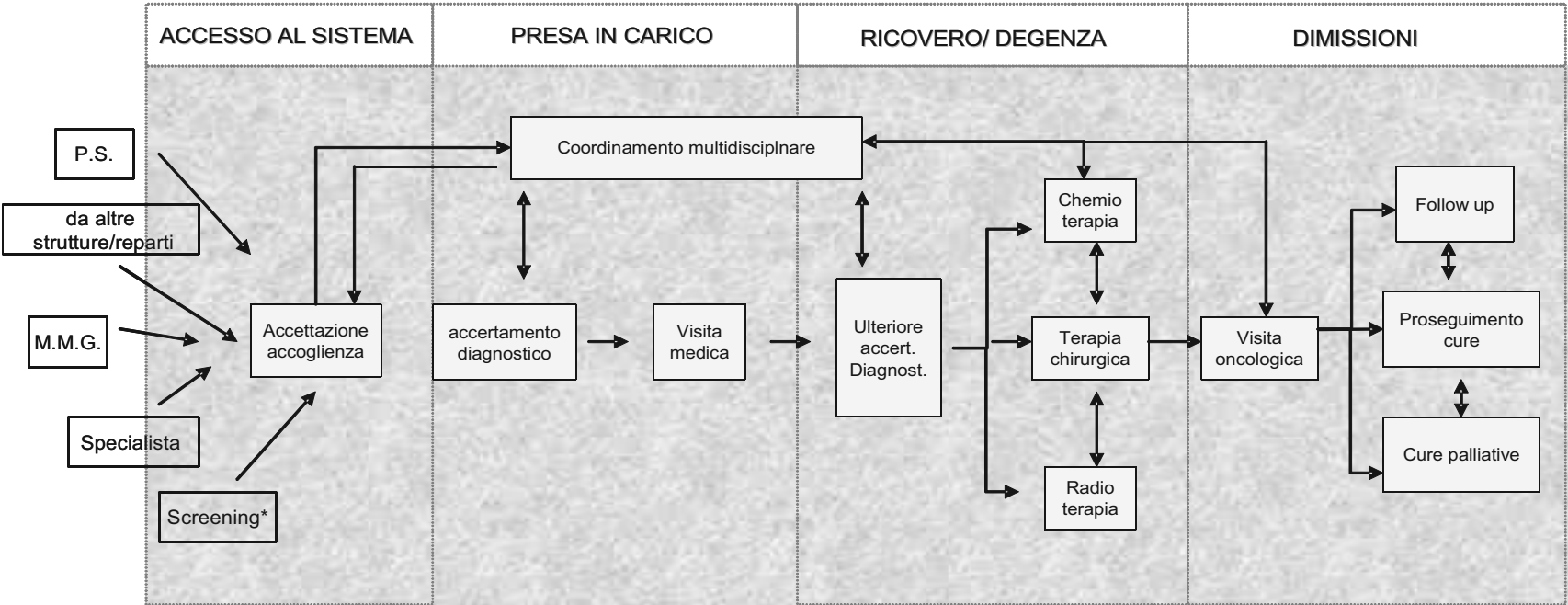


Tabella n. 2 area oncologica - requisiti: oncologia

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 Documento Programmatico della 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
	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

Tabella n. 2 area oncologica - requisiti: oncologia

Percorso di Area oncologica: oncologia			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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 (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
	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) spostato a livello aziendale: A4		
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
	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

Tabella n. 2 area oncologica - requisiti: oncologia

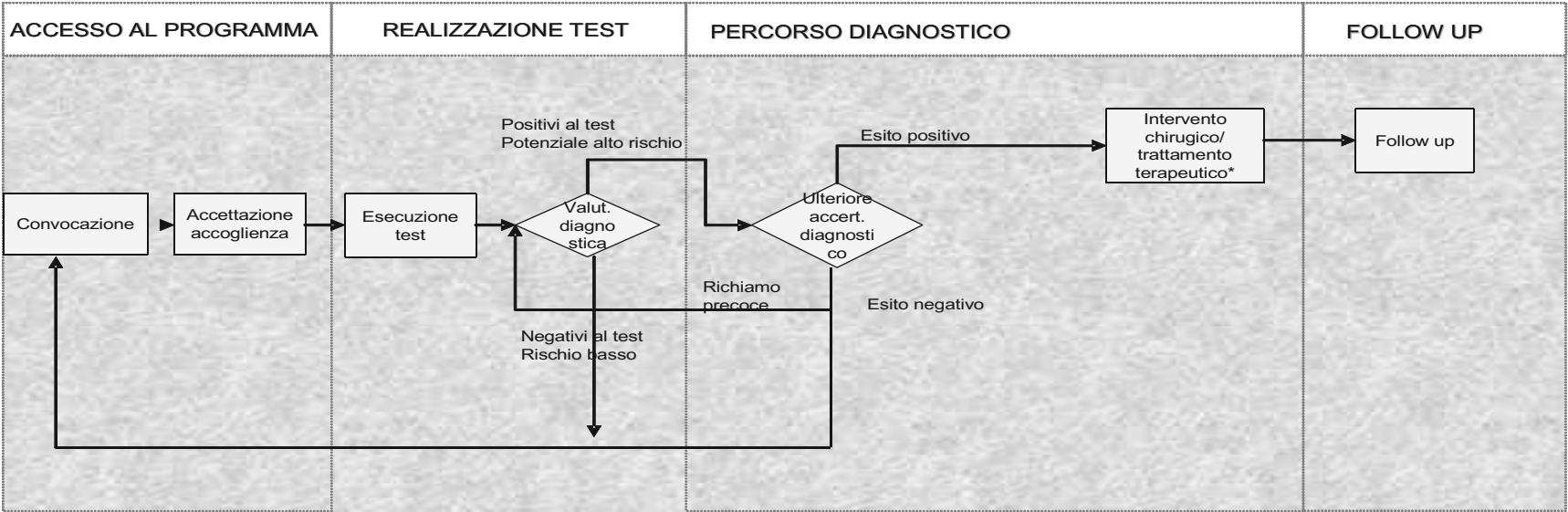
Percorso di Area oncologica: oncologia			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
onc 2.2 Visita medica			
onc 2.3 Coordinamento multidisciplinare			
ONC3. RICOVERO/DEGENZA	ONC 3.1 E' garantito un supporto psicologico adeguato al paziente	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE 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
	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

Percorso di Area oncologica: oncologia			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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
	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

Tabella n. 2 area oncologica - requisiti: oncologia

Percorso di Area oncologica: oncologia			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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			
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 Documento Programmatico della 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
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

Percorso di Area oncologica - screening			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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 (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
	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) spostato a livello aziendale: A4		
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
	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

Tabella n. 2 area oncologica - requisiti: screening

Percorso di Area oncologica - screening			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
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
	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

Percorso di Area oncologica - screening			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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 (nota: si fa riferimento al tumore della mammella)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Percorso di Area oncologica: oncologia**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO ONCA1.* 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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO ONCA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 36 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO ONCA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
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
DENOMINATORE $\sum Wi$ Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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

Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni

STANDARD BASE > = 5%

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 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 sì
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 (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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ONCM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

INDICATORE
% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno (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 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ONCM4.
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 (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)
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 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
INDICATORE
Presenza del documento che evidenzia l'organizzazione in atto
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 evidenzia l'organizzazione in atto
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE sì
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 (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 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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ONCM8. 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 ONCM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) 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 Totale operatori

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)
STANDARD BASE sì
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 (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)
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse (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)
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 1per 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)
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% 1per 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

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

GRC)
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
REQUISITO ONCM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori È 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.)
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 1 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 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)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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

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

REQUISITO ONCM14. E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili 1Sono 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)
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ONCM15. Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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
1 il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)
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 monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale
INDICATORE 4
% di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE
Numero di audit sulle cadute con danno
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 validati dall'azienda

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

INDICATORE
Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo validato dall'azienda
NUMERATORE
Numero di servizio/fornitore con un protocollo validato dall'azienda
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

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)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 (il condividere va inteso come coinvolgere)
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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ONC1. (M20) spostato a livello aziendale: A4

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 sì
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 sì
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...))

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ONC1.1 (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

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 1con formato ad hoc) sui pazienti con referto di diagnosi oncologica del Servizio di Anat. Pat.
NUMERATORE Numero valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare 1con formato ad hoc)
DENOMINATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero referti con diagnosi oncologica del Servizio di Anat. Pat.
STANDARD BASE raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare 1con formato ad hoc) sul numero di biopsie pre-trattamento
NUMERATORE Numero valutazioni GOM o altro approccio multidisciplinare 1con formato ad hoc)
DENOMINATORE Numero di biopsie pre-trattamento
STANDARD BASE raccolta del dato 1valore a tendere 70%)
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 3 abrogato
INDICATORE 4 abrogato
INDICATORE 5 % pazienti che vengono visitati entro 2 giorni dalla richiesta di prenotazione all'accoglienza
NUMERATORE Numero pazienti che vengono visitati entro 2 giorni dalla richiesta di richiesta di prenotazione all'accoglienza
DENOMINATORE Numero totale richieste
STANDARD BASE raccolta del dato 1baseline)
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 15 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%

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % pazienti che vengono trattati secondo quanto stabilito dalle linee guida
NUMERATORE Numero pazienti che vengono trattati secondo quanto stabilito dalle linee guida
DENOMINATORE Numero pazienti visitati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

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

REQUISITO 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
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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ONC3. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

% 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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO 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
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 ONC3. (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% 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)
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

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

STANDARD BASE raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dagli infermieri erano chiare
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dagli infermieri erano chiare
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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
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 1report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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 1report indagine ricoveri)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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

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 (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE
Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE
Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2
Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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 una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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 rischio clinico aziendale
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 rischio clinico aziendale
REQUISITO ONC3. (M32) Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE 1

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

% 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% 1per 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)
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di operatori sanitari 1esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
NUMERATORE Numero di operatori sanitari 1esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
DENOMINATORE Numero operatori sanitari
STANDARD BASE 50 % 1per 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)
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
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 1solo per l'ospedale)
NUMERATORE Numero di ricoveri ripetuti entro i 30 gg con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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

REQUISITO ONC3. (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 1report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 2
% di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare 1per 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 1report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ONC3. (M36)*
Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale 1linee 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 1es. 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) 1E' 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

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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.)
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 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)

REQUISITO ONC3. (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 ONC3. (M38) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate (sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 abrogato
INDICATORE 3 abrogato
INDICATORE 4 % mortalità nei DRG a bassa mortalità
NUMERATORE Numero deceduti con DRG a bassa mortalità

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

DENOMINATORE
Numero dimessi con DRG a bassa mortalità
STANDARD BASE raccolta del dato 1(baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1C6.4.2) ; 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 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 ; 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
NUMERATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 ONC3. (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 Si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)
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 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
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

REQUISITO ONC3. (M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

INDICATORE 1
Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2
Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza 1urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE
Numero di infezioni correlate all'assistenza 1urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE
Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE aziendale 1es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)

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 1medica e infermieristica);
b) esiste una procedura condivisa con gli operatori 1medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata 1ogni 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)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 degli anticoagulanti
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 abrogato

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 monitoraggio interno
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 monitoraggio interno
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
Il sistema di gestione dei chemioterapici antitumorali è centralizzato
INDICATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 cartelle cliniche revisionate
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 Numero di dimissioni con programmazione delle tappe successive del trattamento di cura
DENOMINATORE Numero di dimissioni di pazienti con terapia complessa

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
REQUISITO ONC4. (M49)* La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi 1con 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 1C8a.1); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di dimissioni con attivazione ADI 1è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)
NUMERATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero di dimissioni con attivazione ADI
DENOMINATORE Numero di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ONC4. (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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ONC4. (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 *si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

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 di presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di presidi alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
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

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 dimessi con richiesta (in cartella o UVM) gestiti sul territorio (ADI/Hospice)
NUMERATORE Pazienti dimessi con richiesta (in cartella o UVM)
DENOMINATORE Totale pazienti dimessi 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 % 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

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 36 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale 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 $\sum \text{FLU}_i \times W_i$ FLU _i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (1) 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)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO SCREEA4.

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** sistema di valutazione delle performance**REQUISITO SCREEA5.**

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

STANDARD BASE > = 5%**TIPOLOGIA FONTE** dati OTT

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 SCREEM1.
I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE
Bresenza 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 ¹ 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 ¹ indagine di clima interno)

REQUISITO SCREEM3.
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

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

1Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")	
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 SCREEM4.	
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
1Si 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)	
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 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 della Regione Toscana	
INDICATORE	Bresenza del documento che evidenzia l'organizzazione in atto
STANDARD BASE	si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale	

REQUISITO 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 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	Bresenza del documento che evidenzia l'organizzazione in atto

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Bresenza 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 ¹Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")
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
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

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) 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 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

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Trasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati 1I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-BACS per la radiodiagnostica)
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 1E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse 1per 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)
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 1per 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)
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% 1per 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)
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

REQUISITO SCREEM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Compliance lavaggio mani operatori È 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.)
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 1 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 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 % 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

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

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 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)
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
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%

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 (il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)
STANDARD BASE sì
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 monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale
INDICATORE 4 % di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE Numero di audit con cadute con danno
DENOMINATORE Numero cadute con danno
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 validati dall'azienda
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo validato dall'azienda
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo validato dall'azienda
DENOMINATORE Numero di servizio/fornitore
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 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 (il condividere va inteso come coinvolgere)
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso
DENOMINATORE

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 Brogrammazione 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 ISBO

SCREE1.2 Accettazione e accoglienza

REQUISITO SCREE1.2 (M21)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Bresenza 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 Bresenza 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 Bresenza 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)

REQUISITO SCREE1.2 (M24) E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Bresenza di procedura per la messa in atto del percorso

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 ISBO sistema di valutazione delle performance (B5)	
INDICATORE 2 abrogato	

REQUISITO SCREE 2.2 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 % screening mammografico , 50% screening cervice uterina, 50 % screening colon retto	
TIPOLOGIA FONTE flusso ISBO 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	

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 ISBO
INDICATORE 2 Ber cervice uterina: % di referti con esito negativo (basso rischio) inviati entro un tempo stabilito dalla data del prelievo del Bap test
NUMERATORE Numero di referti con esito negativo inviati entro un tempo stabilito dalla data del prelievo del Bap test
DENOMINATORE Numero di referti con esito negativo inviati
STANDARD BASE 80% entro 4 settimane
TIPOLOGIA FONTE flusso ISBO
INDICATORE 3 Ber colon-retto: % di referti con esito negativo (basso rischio) inviati entro un tempo stabilito dalla data di 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 ISBO

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%

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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)
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 % Bap-test inadeguati
NUMERATORE Numero di Bap-test inadeguati
DENOMINATORE Numero di Bap-test effettuati
STANDARD BASE <7%
TIPOLOGIA FONTE flusso ISBO
INDICATORE 2 % di SOF inadeguati
NUMERATORE Numero di SOF inadeguati
DENOMINATORE Numero di SOF effettuati
STANDARD BASE <1%
TIPOLOGIA FONTE flusso ISBO
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%

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

TIPOLOGIA FONTE flusso ISBO
REQUISITO SCREE 2.2.2 E' garantita l'efficacia degli esami diagnostici
INDICATORE 1 Mammografia: tasso di inadeguati 1% 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 1(baseline)
TIPOLOGIA FONTE aziendale
INDICATORE 2 Cervice: % di campioni biotipici adeguati da biopsia in corso di colposcopia
NUMERATORE Numero di campioni biotipici adeguati da biopsia in corso di colposcopia
DENOMINATORE Numero di campioni biotipici 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 ISBO

REQUISITO SCREE 2.2.3 I soggetti positivi al test 1(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

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 ISBO
INDICATORE 2 Cervice uterina: % colposcopie effettuate entro un tempo stabilito dalla data di effettuazione del Bap test di screening positivo
NUMERATORE Numero colposcopie effettuate entro un tempo stabilito dalla data di effettuazione del Bap test di screening positivo
DENOMINATORE Numero Bap test di screening positivo
STANDARD BASE 60% entro 28 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISBO
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 ISBO
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%

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 di screening e la data dell'intervento chirurgico
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 Mammografico: 95 % entro 60 giorni
TIPOLOGIA FONTE flusso ISBO
INDICATORE 2 Cervice: tempo tra la diagnosi pre-intervento e la data dell'intervento chirurgico l'intervallo di tempo inizia al momento dell'effettuazione della diagnosi, che avviene tramite il risultato dell'esame di approfondimento)
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 l'intervallo di tempo inizia al momento dell'effettuazione della diagnosi, che avviene tramite il risultato dell'esame di approfondimento)
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 ISBO
REQUISITO SCREE3. (M26) *

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 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 Adesione 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% 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)
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

DENOMINATORE
Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri)
INDICATORE 3
% di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dagli infermieri erano chiare
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dagli infermieri erano chiare
DENOMINATORE
Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri)

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 1se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE
Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE
Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2
Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno 1se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE
Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE
Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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 rischio clinico aziendale
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 rischio clinico aziendale
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

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

STANDARD BASE 90%
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)
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 %
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)
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SCREE3. (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
Bresenza 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 SCREE3. (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 SCREE3. (M35)

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

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 BS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri; report indagine Bronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti)
INDICATORE 2 % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare 1per il percorso emergenza urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Bronto 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 BS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri; report indagine Bronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile)
REQUISITO SCREE3. (M36) * Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale 1linee 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 1es. protocollo per la prevenzione della TVB 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) 1E' 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.)
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

TIPOLOGIA FONTE 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 purché in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)
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 sì
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 sì
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

Tabella n. 2 indicatori e standard area oncologica

Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

SCREE4. Follow up

REQUISITO SCREE 4.1 L'insorgere di cancro intervallo è monitorato periodicamente (nota: si fa riferimento al tumore della mammella)
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

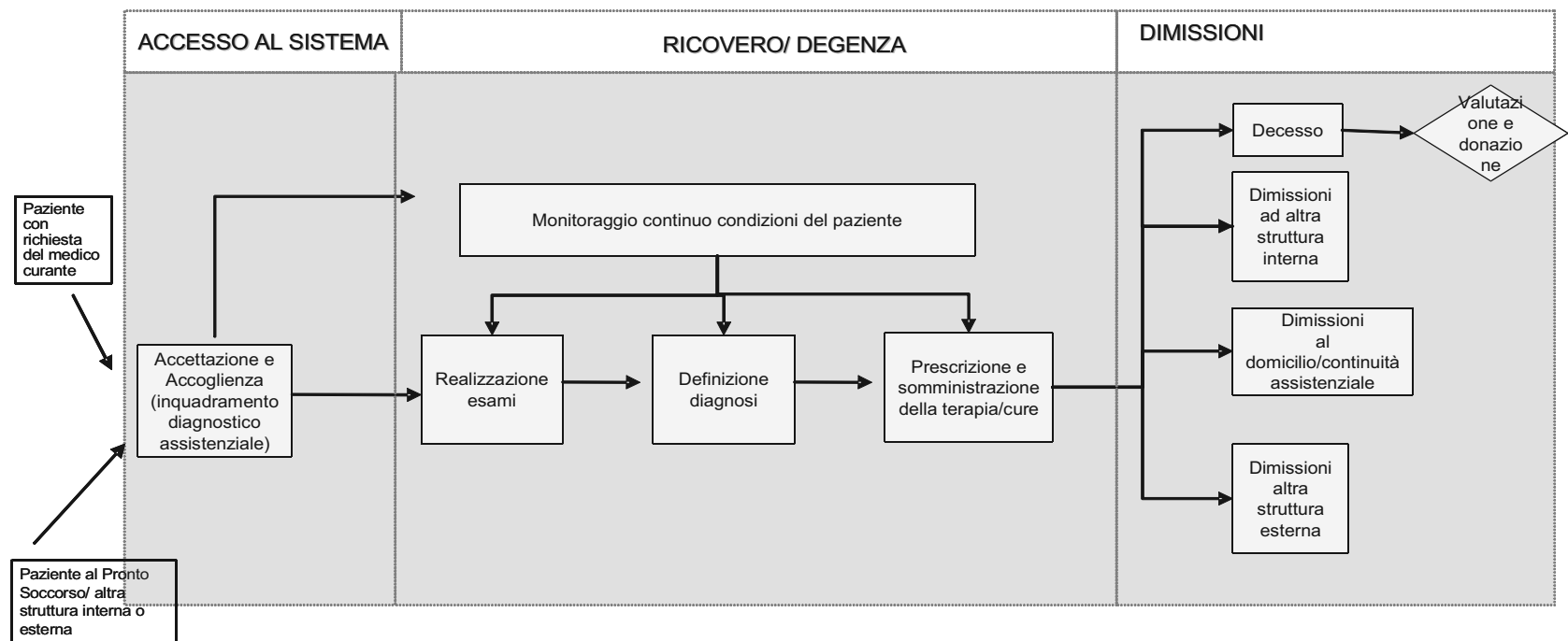


Tabella n. 3 requisiti area medica

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 Documento Programmatico della 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

Tabella n. 3 requisiti area medica

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) spostato a livello aziendale: A4		
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

Tabella n. 3 requisiti area medica

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

Tabella n. 3 requisiti area medica

Percorso di Area medica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	ME2.(M38) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva	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

Tabella n. 3 requisiti area medica

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 necessitano di un supporto ulteriore oltre quello erogato 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			
me 3.2 Dimissione al domicilio			

Tabella n. 3 requisiti area medica

Percorso di Area medica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
me 3.3 Dimissione ad altra struttura esterna	ME 3.4.1 spostato a livello aziendale: A5		
me 3.4 Decesso			

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

Percorso di Area medica**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO MEA1.* 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO MEA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 36 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO MEA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum \text{FLU}_i \times W_i$ FLU _i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (1) 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%

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1B8); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno nota: indicatore aziendale complessivo	
REQUISITO MEA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni 1(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 Numero decessi >= 5 anni e <= 75 anni	

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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 MEM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Bresenza 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 ¹ 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

REQUISITO MEM3. 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 1Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")
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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO MEM4. 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 1Si 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)
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 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
INDICATORE Bresenza del documento che evidenzia l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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 Bresenza del documento che evidenzia l'organizzazione in atto
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Bresenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO MEM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficaci
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative *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 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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 Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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 Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) 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 Totale operatori
STANDARD BASE 80%

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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 1I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-BACS per la radiodiagnostica)
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 1E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse 1per 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)
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 1per 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)
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% 1per 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)
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendal

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

REQUISITO MEM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori È 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.)
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 1 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 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 ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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 ricoveri indagine) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO MEM13.
Bresenza 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
Bresenza 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 (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)
INDICATORE
Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MEM15.
Bresenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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
Bresenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
(Il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)
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 monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale
INDICATORE 4
% di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE
Numero di audit sulle 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 validati dall'azienda

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

INDICATORE
Ber ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo validato dall'azienda
NUMERATORE
Numero di servizio/fornitore con un protocollo validato dall'azienda
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
Ber 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

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

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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 (il condividere va inteso come coinvolgere)
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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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

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 sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

REQUISITO ME1.1 (M22) E' garantita la tutela delle persone appartenenti alle categorie a rischio
INDICATORE Bresenza 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 Bresenza 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 Bresenza 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

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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
STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

NUMERATORE
Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE
Totale medici
STANDARD BASE 40%
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)
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2
% di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dai medici erano chiare
DENOMINATORE
Totale dei 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
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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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 %

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

STANDARD BASE	90%
TIPOLOGIA FONTE	rischio clinico aziendale
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	rischio clinico aziendale

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	
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%
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)	
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 %
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)	
TIPOLOGIA FONTE	documento aziendale

REQUISITO ME2. (M33)

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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	Bresenza 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 ME2. (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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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 BS; 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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 2	% di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare 1 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

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; 70% per BS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ¹ report indagine ricoveri; report indagine Bronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ME2. (M36)*
Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale ¹ 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 ¹ es. protocollo per la prevenzione della TVB 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) ¹ 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.)
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 revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice ¹ 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)

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

REQUISITO ME2. (M38)
Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate ¹ sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 abrogato
INDICATORE 3 abrogato
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)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle 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 ME2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore
INDICATORE 1 Bresenza 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

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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

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 *si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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 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

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 sì
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 raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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 (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 sì
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 degli anticoagulanti
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 abrogato
REQUISITO ME2. (M45) Bresenza 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

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO ME2. (M46) Bresenza 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

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

ME2.4 Prescrizione e somministrazione della terapia

REQUISITO ME2.4 (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Bresenza 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 cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Bresenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ME3. Dimissione

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

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

REQUISITO ME3. (M48)
Brima 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 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ME3. (M49)*
La continuità assistenziale è garantita con protocolli terapeutici e/o percorsi assistenziali integrati e condivisi 1con 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 1C8a.1) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 3
% di dimissioni con attivazione ADI
1è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)
NUMERATORE
Numero di dimissioni con attivazione ADI

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

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

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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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. BUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE
% di lettere di dimissioni compilate correttamente
(si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)
NUMERATORE
Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente

Tabella n. 3 indicatori e standard area medica

DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
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 di presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di presidi alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
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. 3 indicatori e standard area medica

INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

ME3.4 Decesso

REQUISITO ME.3.4.1 spostato a livello aziendale: A5

Tabella n. 4 diagramma di flusso area critica

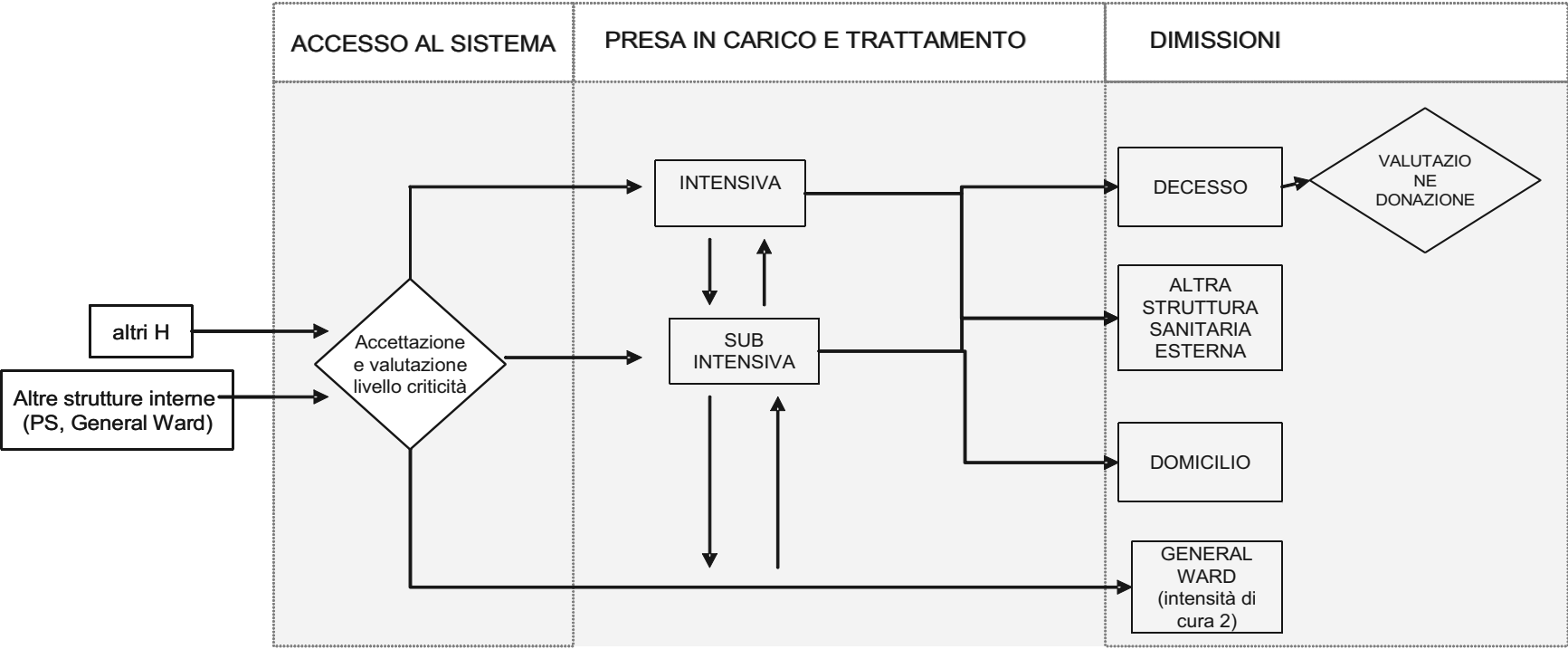


Tabella n. 4 requisiti area critica

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 Documento Programmatico della 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 (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
	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" nota: il tempo è da valutare a seconda dell'organizzazione presente	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) spostato a livello aziendale: A4		
ic1.1 Accettazione e valutazione livello criticità	IC1.1.1 abrogato		
	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) disciplinata da un regolamento interno aziendale	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

Tabella n. 4 requisiti area critica

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) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva	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 abrogato		
ic 2.2 Subintensiva	IC2.2 abrogato		
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

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

Percorso di Area critica**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO ICA1.* 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO ICA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 36 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO ICA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum \text{FLU}_i \times W_i$ FLU _i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (1) 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%

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

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

nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO ICA4. 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 previsti 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 previsti dagli indirizzi regionali

DENOMINATORE

Numero di esami diagnostici totali esaminati

STANDARD BASE 60 %

TIPOLOGIA FONTE flusso TAT

REQUISITO ICA5.

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

STANDARD BASE $\geq 5\%$

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

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 ICM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Bresenza 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 1Si 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ICM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

INDICATORE
% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno ¹ 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 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ICM4.
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 ¹ 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)
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 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
INDICATORE
Bresenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE
documento aziendale

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

REQUISITO 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 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 Bresenza del documento che evidenzia l'organizzazione in atto
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Bresenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ICM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficaci
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative *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 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ICM8. 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%

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

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 Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) 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 Totale operatori
STANDARD BASE 80%

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

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 documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)
STANDARD BASE sì
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 (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)
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse (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)
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 (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)
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% (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)

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
REQUISITO ICM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori 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.)
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 1 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 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 ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ICM13.
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 ICM14.
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)
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

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

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
(Il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)
STANDARD BASE sì
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 monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale
INDICATORE 4
% di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE
Numero di audit sulle 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 validati dall'azienda

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

INDICATORE
Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo validato dall'azienda
NUMERATORE
Numero di servizio/fornitore con un protocollo validato dall'azienda
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"
nota: il tempo è da valutare a seconda dell'organizzazione presente
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

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

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 (il condividere va inteso come coinvolgere)
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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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

IC1.1 Accettazione e valutazione livello criticità

REQUISITO IC1.1.1 abrogato

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
INDICATORE Esistenza di una procedura condivisa e diffusa che indichi modalità e tempi di attivazione del team
STANDARD BASE sì

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % deceduti per arresto cardiaco nota: da interdersi deceduti per arresto cardiaco inatteso
NUMERATORE Numero di deceduti per arresto cardiaco
DENOMINATORE Numero di deceduti totali
STANDARD BASE miglioramento rispetto a sé stessi e riferimenti letteratura internazionale
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

REQUISITO IC1.1 (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 IC1.1 (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 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

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di essere soddisfatti del comfort ambientale
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato 1(baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1(report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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 1orario 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
Numero ore di apertura per le visite
DENOMINATORE
24 h
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 abrogato

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, sia che il paziente venga trasferito presso centro hub o meno
NUMERATORE Numero di consulti spoke-hub attraverso RISPACS

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

DENOMINATORE Numero lesioni cerebrali acute in PS
STANDARD BASE raccolta dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistemi informativi aziendali RISPACS e software DEA
INDICATORE 2 % pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa 1scheda 118 o cartella PS) dalla struttura inviante
NUMERATORE Numero pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa 1scheda 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 necessario
NUMERATORE Somma dei tempi intercorsi tra il primo accesso ad area critica e il trattamento necessario
DENOMINATORE Numero pazienti in area critica a cui è stato effettuato un trattamento necessario
STANDARD BASE raccolta dato 1baseline)
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

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
REQUISITO 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
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% (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)
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

INDICATORE 2
% di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dai medici erano chiare
DENOMINATORE
Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report 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 1report 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

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

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
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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
(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE
Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE
Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

STANDARD BASE	1
TIPOLOGIA FONTE	rischio clinico aziendale
INDICATORE 2	
Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)	
NUMERATORE	
Numero di M&M svolte in un anno	
DENOMINATORE	
Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali	
STANDARD BASE	2
TIPOLOGIA FONTE	rischio clinico aziendale
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	una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE	rischio clinico aziendale
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	rischio clinico aziendale
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

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

STANDARD BASE raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

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 Numero di CRM e facilitatori nominati formalmente
STANDARD BASE 90% 1per 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)
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di operatori sanitari 1esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
NUMERATORE Numero di operatori sanitari 1esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
DENOMINATORE Numero operatori sanitari
STANDARD BASE 50 % 1per 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)
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

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

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)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C5.1); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO IC2. (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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

INDICATORE 2 % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare 1 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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

REQUISITO IC2. (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) È 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.)
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 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 purché in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)

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 sì
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO IC2. (M38) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate (sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 abrogato
INDICATORE 3 abrogato
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)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle 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 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 per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 abrogato

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

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
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
*si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)
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

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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 1urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
NUMERATORE
Numero di infezioni correlate all'assistenza 1urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE
Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE aziendale 1es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)

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 1medica e infermieristica);
b) esiste una procedura condivisa con gli operatori 1medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata 1ogni 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. 4 indicatori e standard area critica

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 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 sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 abrogato

IC.2.1 Intensiva

REQUISITO IC2.1.1 abrogato

IC.2.2 Subintensiva

REQUISITO IC2.2 abrogato

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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO 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.).

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di dimissioni con attivazione ADI (è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)
NUMERATORE Numero di dimissioni con attivazione ADI
DENOMINATORE Numero di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
REQUISITO IC3. (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%

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
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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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 Si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
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 di presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di presidi alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

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 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

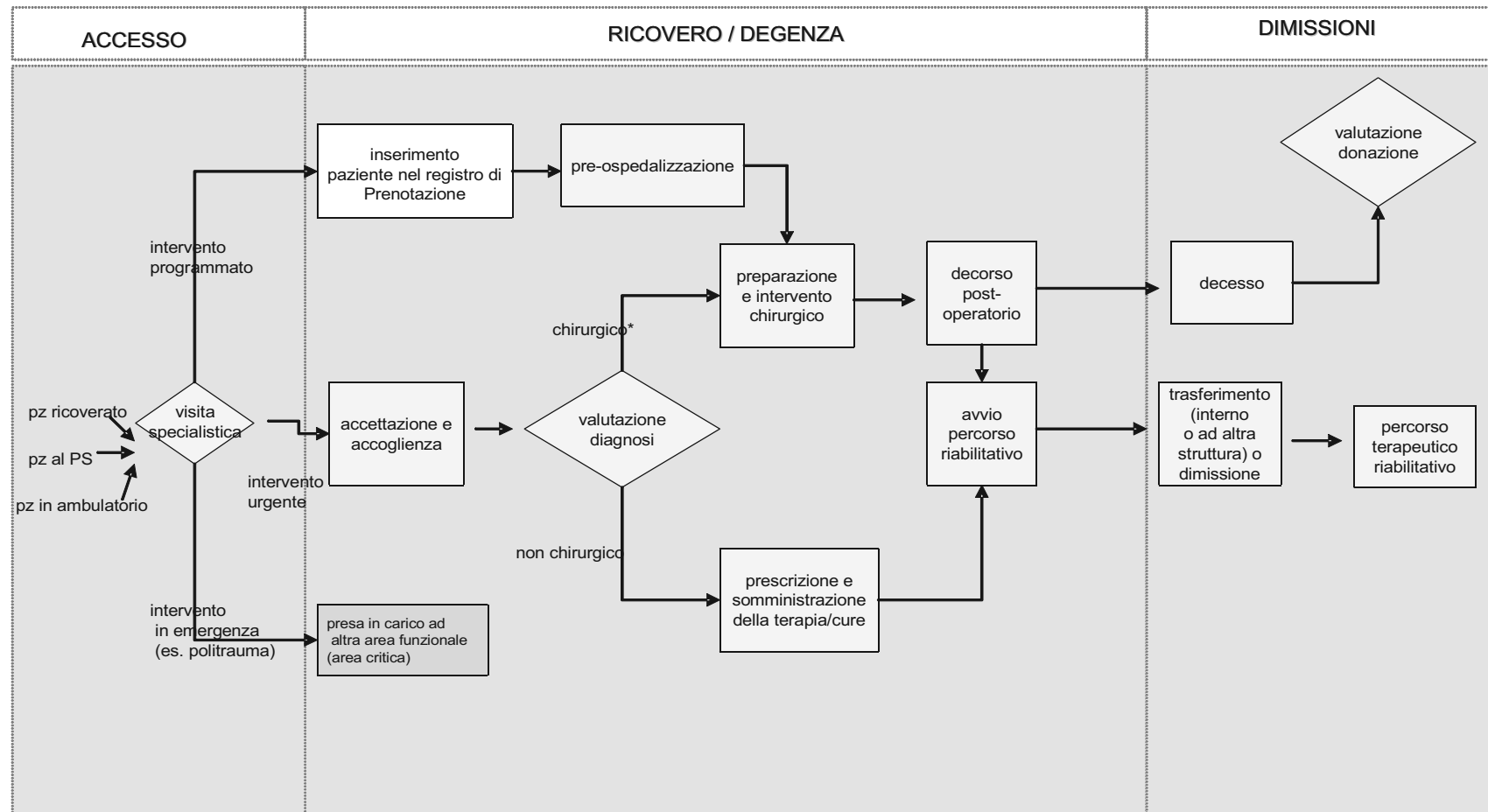
IC3.4 Decesso

REQUISITO IC 3.4 L'organizzazione ha attivato un sistema efficace di donazione degli organi
INDICATORE 1 % morti encefaliche individuate
NUMERATORE Numero morti encefaliche

Tabella n. 4 indicatori e standard area critica

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

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

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 Documento Programmatico della 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
	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

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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 (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
	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) spostato a livello aziendale: A4		
orto1.1 Visita specialistica			
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

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	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

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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 chirurgico) e non	ORTO2.2.1 Il paziente traumatizzato è gestito in maniera efficace e adeguato	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	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 prevenzione della TVP secondo le indicazioni regionali	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
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
	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	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	ORTO 2.4.2 Il tempo di attesa per gli interventi chirurgici programmati ospedalieri e ambulatoriali è contenuto entro un periodo massimo.	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
	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	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	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
	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

Tabella n. 5 requisiti area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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 spostato a livello aziendale: A5		

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

Percorso di Area ortopedico traumatologica**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO ORTOA1.* 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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO ORTOA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 36 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO ORTOA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum \text{FLU}_i \times W_i$ FLU _i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (1) 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%

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

STANDARD BASE > = 5%

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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 ORTOM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Bresenza 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 1Si 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ORTOM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

INDICATORE
% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno ¹ 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 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ORTOM4.
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 ¹ 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)
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 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
INDICATORE
Bresenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO 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 redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Bianco e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

INDICATORE 1 Bresenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Bresenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO ORTOM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative 1Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo")
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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ORTOM8. 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

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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 Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) 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 Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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	
11 documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-BACS per la radiodiagnostica)	
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	
1E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)	
INDICATORE 1	
% di buone pratiche regionali in uso di interesse	
1per 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)	
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	
1per 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)	
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%	
1per 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)	
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale	

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

REQUISITO ORTOM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori È 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 quaderno 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.)
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 (1 per ambulatori)
STANDARD BASE raccolta del dato
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; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ORTOM13.
Bresenza 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
Bresenza 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.
E' sviluppato un sistema per la riduzione delle differenze all'accesso ai servizi dei cittadini fragili 1Sono 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)
INDICATORE
Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE
documento aziendale

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

REQUISITO ORTOM15. Bresenza 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 Bresenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale Il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)
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 monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale
INDICATORE 4 % di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE Numero di audit sulle cadute con danno
DENOMINATORE Numero cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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%

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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 (il condividere va inteso come coinvolgere)
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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
REQUISITO ORTO1. (M20) spostato a livello aziendale: A4
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
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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
REQUISITO ORTO2. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO 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
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 ORTO2. (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%
(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)
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>

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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
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 1report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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
(se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE
Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE
Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 1

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

TIPOLOGIA FONTE	rischio clinico aziendale
INDICATORE 2	
Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)	
NUMERATORE	
Numero di M&M svolte in un anno	
DENOMINATORE	
Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali	
STANDARD BASE	2
TIPOLOGIA FONTE	rischio clinico aziendale
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	una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE	rischio clinico aziendale
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	rischio clinico aziendale
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	

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

STANDARD BASE	raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE	rischio clinico aziendale

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%	
1per 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)	
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale	
INDICATORE 2	
% di operatori sanitari 1esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico	
NUMERATORE	
Numero di operatori sanitari 1esclusi CRM e facilitatori) che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico	
DENOMINATORE	
Numero operatori sanitari	
STANDARD BASE 50 %	
1per 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)	
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale	

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	
Bresenza 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	

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ORTO2. (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 BS; 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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

INDICATORE 2 % di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare 1 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 BS; 70% per Materno Infantile;
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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 TVB 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) È 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.)
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 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 purché in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)

REQUISITO ORTO2. (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 sì
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO ORTO2. (M38) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate (sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 abrogato
INDICATORE 3 abrogato
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)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle 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 ORTO2. (M39) Esiste un sistema di gestione del dolore
INDICATORE 1 Bresenza 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

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 abrogato
INDICATORE 3 Bresenza 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
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 BS
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 ¹ si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)
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

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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
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 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 sì
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 raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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 sì
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 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 degli anticoagulanti
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 abrogato
REQUISITO ORTO2. (M45) Bresenza 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

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
REQUISITO ORTO2. (M46) Bresenza 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

ORTO2.1 Accettazione e accoglienza

REQUISITO ORTO2.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE Bresenza 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 Bresenza 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 Bresenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1report 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 Bresenza 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 1C5.2); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 2 % di pazienti traumatizzati 1indicare 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

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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
% 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 TVB secondo le indicazioni regionali
INDICATORE 1
% embolie rilevate da SDO rispetto alla cartella clinica
NUMERATORE
Numero embolie rilevate da SDO
DENOMINATORE
Numero embolie rilevate in cartella clinica
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE flusso SDO e cartelle cliniche
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 <15 per 1.000
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C6.4.3); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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 % 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

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

REQUISITO ORTO2.3 (M47)* Esiste un sistema di gestione del rischio correlato a uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili.
INDICATORE 1 Bresenza 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 cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3 Bresenza di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO 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
INDICATORE 1 I criteri di accesso al registro di prenotazione sono stabiliti, diffusi e applicati
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 2 Bresenza di modulo da consegnare al paziente che indichi il numero di inserimento in lista di attesa
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

REQUISITO ORTO 2.4.2	
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 erogati entro 30 giorni dalla prenotazione	
NUMERATORE	
Numero di interventi classe di priorità A erogati entro 30 giorni 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 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	
INDICATORE	
% di schede compilate correttamente	
NUMERATORE	
Numero di schede compilate correttamente	
DENOMINATORE	
Numero di pazienti con proposta di intervento	
STANDARD BASE 90%	
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno	

REQUISITO ORTO 2.5	
E' attivata la pre-ospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmati	

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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 1 C3); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO ORTO 2.6.1 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 ORTO 2.6.2 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 BB regionale nota: fare riferimento a tutte le sale operatorie afferenti alla struttura organizzativa funzionale
NUMERATORE Numero di procedure effettuate con l'adozione della check list di sala operatoria coerenti con raccomandazioni ministeriali e BB 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 BB regionale
NUMERATORE Numero di procedure effettuate con contrassegno del sito-lato coerenti con raccomandazioni ministeriali e BB regionale

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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
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 fare riferimento a tutte le sale operatorie afferenti alla struttura organizzativa funzionale)
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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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

REQUISITO ORTO3.1 (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	

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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

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. BUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % lettere di dimissioni compilate correttamente (si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
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 di presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di presidi alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

TIPOLOGIA FONTE	sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE	sistema di valutazione delle performance; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 3	% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
NUMERATORE	Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
DENOMINATORE	Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE	raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE	sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 4	% di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
NUMERATORE	Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
DENOMINATORE	Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE	raccolta del dato 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE	sistema di valutazione delle performance 1report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

ORTO3.1 Trasferimento

REQUISITO ORTO 3.1.1	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

Tabella n. 5 indicatori e standard area ortopedico traumatologica

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 spostato a livello aziendale: A5

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

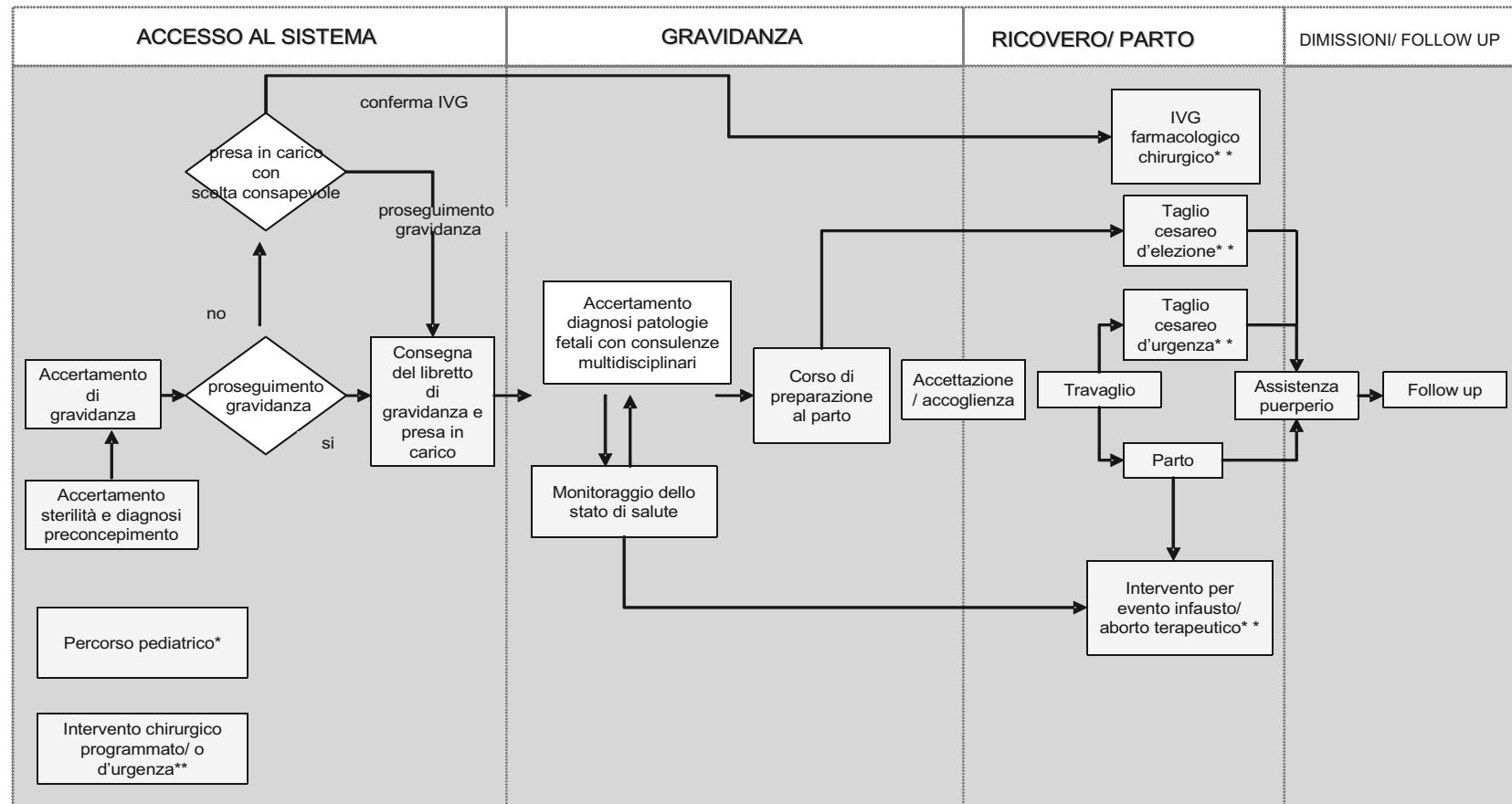


Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: nascita

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 Documento Programmatico della 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
	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

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: nascita

Percorso di Area materno infantile - nascita			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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 (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
	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 preconcepimento			
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			
man 2.1 Monitoraggio dello stato di salute/ accertamento diagnosi patologie fetali	MAN2.1.1 La richiesta di esami di diagnostica genetica prenatale deve essere preceduta dalla consulenza genetica	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

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: nascita

Percorso di Area materno infantile - nascita			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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
	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) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: nascita

Percorso di Area materno infantile - nascita			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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
	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 identificazione del paziente	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) spostato a livello aziendale: A4		
	MAN3.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche	Equità e accesso	DIRITTI E PARTECIPAZIONE

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: nascita

Percorso di Area materno infantile - nascita			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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 abrogato		
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

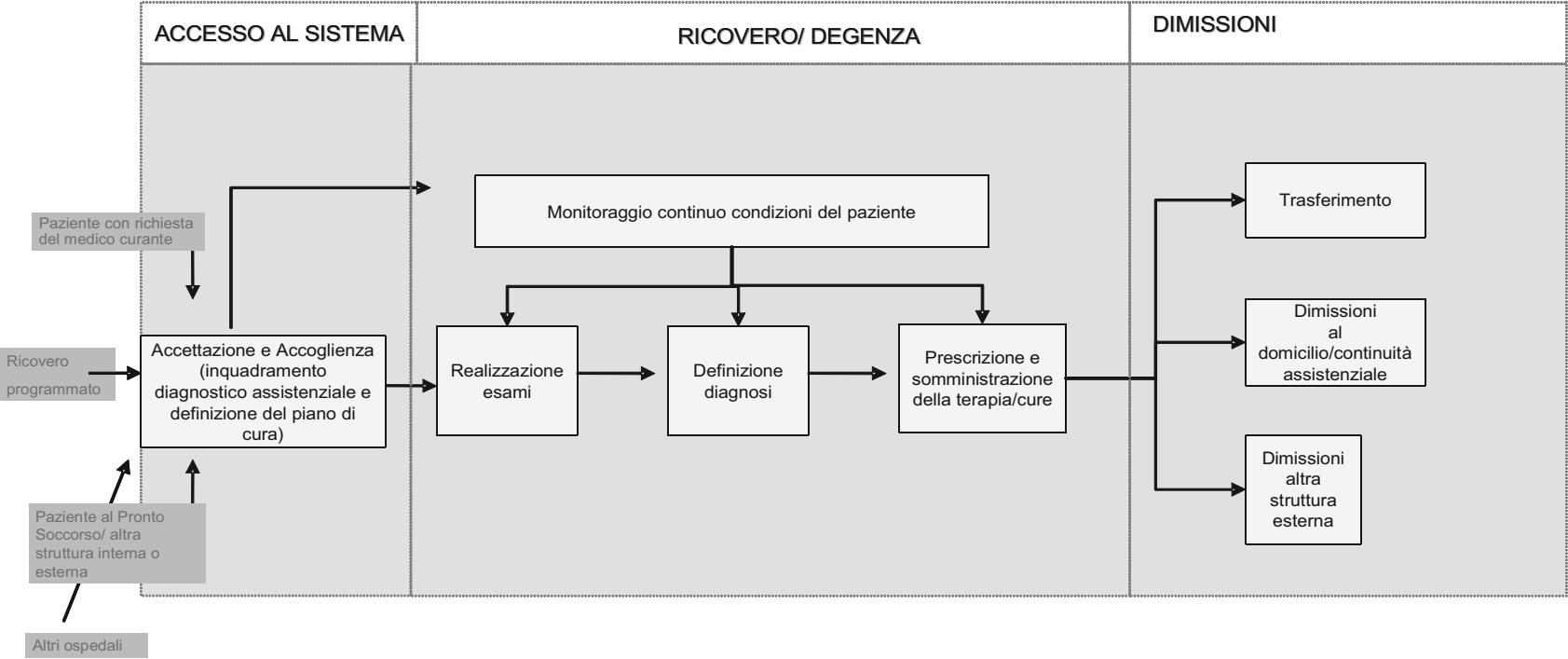


Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: pediatrico

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 Documento Programmatico della 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
	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

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: pediatrico

Percorso di Area materno infantile - pediatrico			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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 (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
	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) spostato a livello aziendale: A4		
	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
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

Percorso di Area materno infantile - pediatrico

REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
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
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

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: pediatrico

Percorso di Area materno infantile - pediatrico			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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
map 2.1 Monitoraggio continuo delle condizioni	MAP 2.1 La richiesta di esami di diagnostica genetica deve essere preceduta dalla consulenza genetica	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

Tabella n. 6 area materno infantile - requisiti: pediatrico

Percorso di Area materno infantile - pediatrico			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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			

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Percorso di Area materno infantile: nascita**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO MANA1.* 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 1B16.1.1) ;laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO MANA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 36 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO MANA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum 1FLUi \times Wi$ FLUi indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi 1i) che entrano nel calcolo e Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso
DENOMINATORE $\sum Wi$ Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1B8) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO MANA4.

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

DENOMINATORENumero decessi ≥ 5 anni e ≤ 75 anni**STANDARD BASE** $\geq 5\%$

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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 MANM1. I risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Bresenza 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 1Si 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO MANM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

INDICATORE
% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno ¹ 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 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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 ¹ 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)
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
Bresenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

realizzate e i risultati raggiunti. Bianco e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Bresenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Bresenza 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 *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 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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 Numero schede compilate per ogni nuovo assunto
DENOMINATORE Numero totale di nuovi assunti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% 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 Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) 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 Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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 documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-BACS per la radiodiagnostica)
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 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)
INDICATORE 1
% di buone pratiche regionali in uso di interesse 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)
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 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)
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% 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)
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
REQUISITO MANM12

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani	
INDICATORE 1	
Compliance lavaggio mani operatori	
È 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.)	
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 1 per ambulatori)	
STANDARD BASE raccolta del dato	
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 ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno	
INDICATORE 4	

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% 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 1(baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1(report indagine ricoveri); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO MANM13. Bresenza 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 Bresenza 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 1Sono 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)
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO MANM15. Bresenza 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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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
Bresenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale (il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)
STANDARD BASE sì
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 monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale
INDICATORE 4
% di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE
Numero di audit sulle 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 validati dall'azienda
INDICATORE
Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo validato dall'azienda

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

NUMERATORE
Numero di servizio/fornitore con un protocollo validato dall'azienda
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**

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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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

REQUISITO MAN1.3.1

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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
NUMERATORE Numero di donne che dichiarano che hanno ricevuto il libretto di gravidanza dal personale ostetrico
DENOMINATORE Numero di donne intervistate
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine materno-infantile) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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 preceduta dalla consulenza genetica
INDICATORE % di richieste di esami di diagnostica genetica prenatale con pre precedente consulenza genetica effettuata
NUMERATORE Numero di richieste di esami di diagnostica genetica prenatale con pre precedente consulenza genetica effettuata
DENOMINATORE Numero totale di richieste di esami di diagnostica genetica prenatale
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche

MAN2.2 Corso di preparazione al parto

REQUISITO MAN 2.2.1 Ad ogni donna è favorito l'accesso al corso di preparazione al parto
INDICATORE 1 Rischio relativo di partecipazione al corso di preparazione al parto per titolo di studio

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

NUMERATORE
% di donne con basso titolo di studio che partecipano al corso
DENOMINATORE
% di donne con alto titolo di studio che partecipano al corso
STANDARD BASE miglioramento rispetto a sé stessi
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine materno-infantile) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 2
% di donne primipare che partecipano al corso di preparazione al parto
NUMERATORE
Numero di donne primipare che partecipano al corso
DENOMINATORE
Numero di parti di donne primipare
STANDARD BASE miglioramento rispetto a sé stessi (il valore a tendere è 70%)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine materno-infantile) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
REQUISITO MAN2.2.2
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 abrogato
INDICATORE 2
Il corso di preparazione al parto fornisce informazioni sulla possibile scelta della analgesia
STANDARD BASE Si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 3

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% di visite anestesilogiche effettuate alle donne in gravidanza con previsione di parto vaginale
NUMERATORE Numero di visite anestesilogiche effettuate alle donne in gravidanza con previsione di parto vaginale
DENOMINATORE Donne in gravidanza con previsione di parto vaginale
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

REQUISITO 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
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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO MAN3. (M26)* I colloqui tra il personale sanitario e il paziente sul suo stato di salute si svolgono nel rispetto della riservatezza
INDICATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO 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
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 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% (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)
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dai medici erano chiare
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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
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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO 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
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); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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%

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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

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 (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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 una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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 rischio clinico aziendale
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 1(baseline)
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
REQUISITO MAN3. (M32)

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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% 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)
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 % 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)
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 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura pubblica regionale (solo per l'ospedale)
NUMERATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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 1baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 1C5.1); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO MAN3. (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 1report indagine ricoveri; report indagine Pronto Soccorso; report indagine Materno-Infantile; report indagine Distretti); laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 2 % di pazienti che che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare 1per 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)(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo) (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.)	
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	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)

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)	
Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva	
INDICATORE 1	% di schede MEWS correttamente compilate (sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)
NUMERATORE	Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE	Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE	70%
TIPOLOGIA FONTE	revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2	abrogato
INDICATORE 3	abrogato
INDICATORE 4	

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% 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)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle 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 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 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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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
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 (si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente(è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)
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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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

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 raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)

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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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 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 sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 abrogato

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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero di pazienti valutati per rischio nutrizionale
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 cartelle cliniche revisionate
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
DENOMINATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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)(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO MAN3.1 (M20) spostato a livello aziendale: A4

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

REQUISITO MAN3.1 (M23) Sono previste delle attività ricreative e si è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

della permanenza
INDICATORE 1 Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE sì
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 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 sì
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) di gravidanze non a termine (inferiore a 37 settimane)
NUMERATORE Numero di casi triagiati (triage ostetrico) di gravidanze non a termine (inferiore a 37 settimane)
DENOMINATORE Numero totale di gravidanze non a termine (inferiore a 37 settimane)
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO MAN 3.2.2

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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

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)(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 2 % di parti con induzione farmacologica
NUMERATORE Numero di parti vaginali con induzione farmacologica
DENOMINATORE Numero di parti vaginali
STANDARD BASE 20%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C7.2)(laddove non attuato si procede con il

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

monitoraggio interno
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)(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

MAN3.6 Intervento per evento infausto/aborto terapeutico

REQUISITO MAN 3.6.1 abrogato

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
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

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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% 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)(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di dimissioni con attivazione AD5 (è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)
NUMERATORE Numero di dimissioni con attivazione AD5
DENOMINATORE Numero di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO MAN4. (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) (laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

iscritto
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 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
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente (si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO MAN4. (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 di presidi alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di presidi alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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

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(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 3
% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
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
INDICATORE 4
% di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
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

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) (laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

INDICATORE 2 Presenza di programmi per il supporto della donna nella gestione del periodo post-partum
STANDARD BASE sì
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 sì
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Percorso di Area materno infantile: pediatrico**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO MAPA1. * 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)(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO MAPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 36 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO MAPA3. 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)(laddove non attuato si procede con il

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

monitoraggio interno 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
DENOMINATORE Numero decessi > = 5 anni e < = 75 anni
STANDARD BASE > = 5%

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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. 5 risultati delle attività sono discussi almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento
INDICATORE Bresenza 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%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno) (laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO MAPM3. 5 raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
INDICATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno (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 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) (laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno)

REQUISITO MAPM4. 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 (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)
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 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
INDICATORE Bresenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

realizzate e i risultati raggiunti. Bianco e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali
INDICATORE 1 Bresenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Bresenza 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 (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 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)(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
REQUISITO MAPM8. 5 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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% 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. 5 Regolamento della privacy (Documento Brogrammatico della Sicurezza) 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 Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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 (5 documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. R5S-BACS per la radiodiagnostica)
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 (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)
INDICATORE 1
% di buone pratiche regionali in uso di interesse (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)
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 (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)
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% (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)
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile**REQUISITO MAPM12.**

Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

INDICATORE 1	
Compliance lavaggio mani operatori	
(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. 5 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.)	
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	
% 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(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno	
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	

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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) (laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno)

REQUISITO MAPM13. Bresenza 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 Bresenza 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. 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)
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. Bresenza 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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

DENOMINATORE Numero pazienti anziani ricoverati
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 Bresenza di un piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale (il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)
STANDARD BASE sì
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 monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale
INDICATORE 4 % di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE Numero di audit sulle cadute con danno
DENOMINATORE Numero cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
REQUISITO MAPM16. 5collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli validati dall'azienda
INDICATORE Ber ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo validato dall'azienda
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo validato dall'azienda
DENOMINATORE

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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 Ber 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**

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
INDICATORE Bresenza di un programma dedicato
STANDARD BASE Si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO MAP1.1 (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 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
INDICATORE
% pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso (il condividere va inteso come coinvolgere)
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) (laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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

REQUISITO MAP1.1 (M21)
Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche
INDICATORE
Bresenza 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
Bresenza 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)

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione
INDICATORE Bresenza 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 Bresenza di una programmazione dell'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO MAP2.2 Sono coinvolti genitori/ tutor nel sostegno psicologico del paziente nell'esecuzione di procedure invasive
INDICATORE Bresenza 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 Bresenza di un modello di consenso informato specifico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

REQUISITO MAP2. (M25) *
5 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)(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO MAP2. (M26) *
5 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)(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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)

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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% (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)
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dai medici erano chiare
DENOMINATORE Totale dei 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
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)(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 75 %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) (laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Numero di eventi sentinella segnalati entro 48 ore
DENOMINATORE Numero eventi sentinella totale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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 rischio clinico aziendale
REQUISITO MAP2. (M32) 5 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% (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)
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 % (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)

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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 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) (laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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 BS(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)(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 2 % di pazienti 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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

riavrebbe ancora a questo Bronto 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 BS(70% per Materno infantile(
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri (report indagine Bronto Soccorso (report indagine Materno-infantile) (laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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 TVB 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) (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. 5 requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso. 5 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.)
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 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)

REQUISITO MAP2. (M37) 5protocolli clinico terapeutici adottati e le procedure sono periodicamente aggiornati
INDICATORE Bresenza di protocolli e procedure che indichino la periodicità dell'aggiornamento
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO MAP2. (M38)

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva	
INDICATORE 1	
% di schede MEWS correttamente compilate (sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)	
NUMERATORE	
Numero schede MEWS correttamente compilate	
DENOMINATORE	
Numero di cartelle cliniche revisionate	
STANDARD BASE 70%	
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche	
INDICATORE 2 abrogato	
INDICATORE 3 abrogato	
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)	
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle 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 MAP2. (M39)
Esiste un sistema di gestione del dolore
INDICATORE 1

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

Bresenza 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 Bresenza 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
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 BS
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
REQUISITO MAP2. (M40) * 5 personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

INDICATORE
% 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)
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) (laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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, cateterismo)

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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

REQUISITO MAP2. (M43)
L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC
INDICATORE 1
Ber 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 abrogato

REQUISITO MAP2. (M45)
Bresenza di un sistema di valutazione, prevenzione e trattamento dei pazienti a rischio di ulcere da pressione

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

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)	
Bresenza 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	
Bresenza 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 cartelle cliniche revisionate	
STANDARD BASE	80%

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

TIPOLOGIA FONTE	revisione delle cartelle cliniche
INDICATORE 3	Bresenza 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 preceduta dalla consulenza genetica
INDICATORE	% di richieste di esami di diagnostica genetica prenatale con precedente consulenza genetica
NUMERATORE	Numero di richieste di esami di diagnostica genetica prenatale con precedente consulenza genetica
DENOMINATORE	Numero totale di richieste di esami di diagnostica genetica prenatale
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	% di esami diagnostici e strumentali realizzati durante l'orario dei pasti
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

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
INDICATORE	% prestazioni realizzate nei tempi concordati

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

NUMERATORE
Numero prestazioni realizzate nei tempi concordati
DENOMINATORE
Totale prestazioni effettuate
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO MAP2.2.3
5 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 delle cartelle cliniche

MAP4. Dimissione

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

REQUISITO MAP4. (M48)
Brima 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. 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)(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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)(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di dimissioni con attivazione AD5 (è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)
NUMERATORE Numero di dimissioni con attivazione AD5
DENOMINATORE Numero di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO MAP4. (M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare
INDICATORE 1

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% 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) (laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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) (laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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. BUA) e le informazioni base contenute nella lettera di dimissioni
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente (si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
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

Tabella n. 6 indicatori e standard area materno infantile

% 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 Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno)
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(laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno)
INDICATORE 3 % di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
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)
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
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. 6 indicatori e standard area materno infantile

Tabella n. 7 diagramma di flusso area dipendenze patologiche

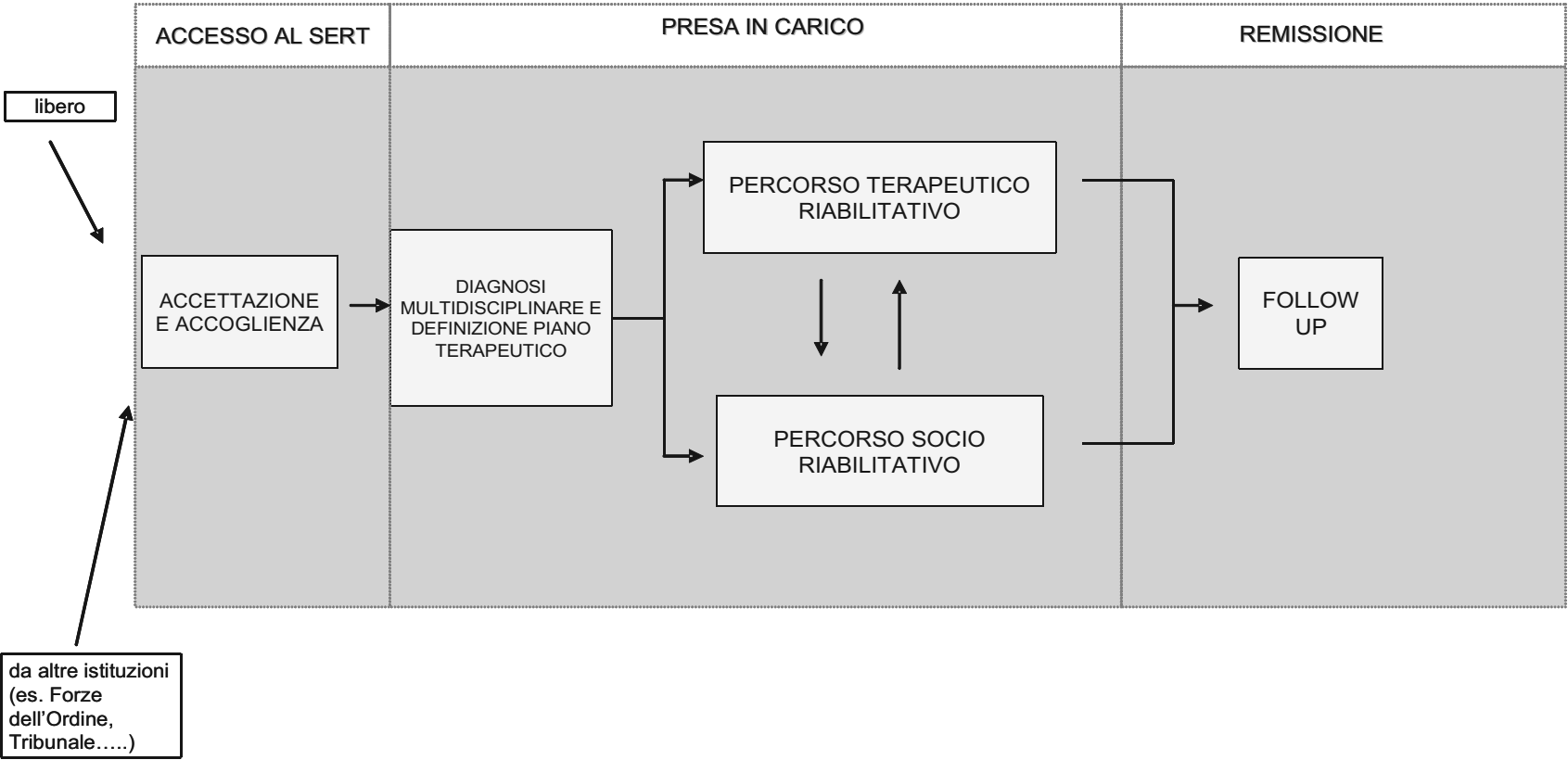


Tabella n. 7 requisiti area dipendenze patologiche

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 efficaci	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 Documento Programmatico della 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

Tabella n. 7 requisiti area dipendenze patologiche

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) spostato a livello aziendale: A4		
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
	DP2.(M30) L'organizzazione prevede operatori sanitari di riferimento nel processo di cura per ciascun paziente	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT

Percorso di Area Dipendenze Patologiche

	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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)* È 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) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva	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
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

Tabella n. 7 requisiti area dipendenze patologiche

Percorso di Area Dipendenze Patologiche			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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 follw up.	Cooperazione	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

Percorso Area dipendenze patologiche

GENERALI AZIENDALI

REQUISITO DPA1.* 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 nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO DPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 36 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO DPA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum \overline{FLU}_i \times W_i$ FLU_i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi $\overline{7}$) 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%

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 7B8)

nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO DPA4.

E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni 7per 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 previsti 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 previsti dagli indirizzi regionali

DENOMINATORE

Numero di esami diagnostici totali esaminati

STANDARD BASE 60 %

TIPOLOGIA FONTE flusso TAT

REQUISITO DPA5.

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

STANDARD BASE > = 5%

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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 DPrit L'organizzazione valuta la propria capacità di ritenzione degli utenti
INDICATORE 1 Indice di ritenzione degli utenti in carico per patologie da uso di droghe (dipendenza/abuso) Indicatore a rilevazione annuale (entro il 31 gennaio per l'anno solare precedente)
NUMERATORE 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
DENOMINATORE 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
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Flusso dipendenze
INDICATORE 2 Indice di ritenzione degli utenti in carico per patologie da uso di alcol (dipendenza/abuso) Indicatore a rilevazione annuale (entro il 31 gennaio per l'anno solare precedente)
NUMERATORE 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
DENOMINATORE 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
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE Flusso dipendenze

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

INDICATORE 3
Indice di ritenzione degli utenti in carico per tabagismo
NUMERATORE
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
DENOMINATORE
Numero utenti in carico in un anno solare per tabagismo ed esiti di contatto di presa in carico
STANDARD BASE raccolta dato $\gamma_{baseline}$)
TIPOLOGIA FONTE Flusso dipendenze

REQUISITO DPprog
L'organizzazione valuta la propria capacità di portare a termine i programmi terapeutici dei propri utenti
γ_{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..)
INDICATORE
% utenti in carico in un anno solare con diagnosi di patologie da uso di alcol droghe e/o alcol e programma completato nell'anno
NUMERATORE
Numero utenti in carico in un anno solare con diagnosi di patologie da uso di alcol droghe e/o alcol
DENOMINATORE
Numero utenti in carico
STANDARD BASE raccolta dato $\gamma_{baseline}$)
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

REQUISITO DPM2.
Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

INDICATORE
% dipendenti della Unità Funzionale che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti ~~7~~ Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte ~~5~~ Totalmente d'accordo" e ~~5~~ Molto d'accordo")
NUMERATORE
Numero dipendenti della Unità Funzionale che dichiarano che gli obiettivi formalizzati nel budget sono conosciuti
DENOMINATORE
Numero dipendenti della Unità Funzionale che ha partecipato all'indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ~~7~~ indagine di clima interno)

REQUISITO DPM3.
Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata
INDICATORE
% dipendenti della Unità Funzionale che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno ~~7~~ Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte ~~5~~ Totalmente d'accordo" e ~~5~~ Molto d'accordo")
NUMERATORE
Numero di dipendenti della Unità Funzionale che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
DENOMINATORE
Numero di dipendenti della Unità Funzionale che hanno partecipato all' indagine di clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ~~7~~ indagine di clima interno)

REQUISITO DPM4.
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 ~~7~~ 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)
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%

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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 della Unità Funzionale che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative 7Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte 5Totalmente d'accordo" e 5Molto d'accordo")
NUMERATORE Numero di dipendenti della Unità Funzionale che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE Numero di dipendenti della Unità Funzionale che hanno partecipato all'indagine clima interno
STANDARD BASE 35%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance 7indagine clima interno)

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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
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. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

REQUISITO DPM9. Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) 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 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 documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)
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 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)
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse 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)
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 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)
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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% 7per 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)
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

REQUISITO DPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori 7E' 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.)
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 7ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi 7per ambulatori)
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE farmacia

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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 $\bar{\tau}$ baseline)
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
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 $\bar{\tau}$ baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance $\bar{\tau}$ report indagine ricoveri)
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
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
$\bar{\tau}$ 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)

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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 7Il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)
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 monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale

INDICATORE 4 % di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE Numero di audit sulle cadute con danno

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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 validati dall'azienda
INDICATORE
Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo validato dall'azienda
NUMERATORE
Numero di servizio/fornitore con un protocollo validato dall'azienda
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
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

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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 momenti di condivisione del piano terapeutico in itinere
INDICATORE
% pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso (il condividere va inteso come coinvolgere)
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) spostato a livello aziendale: A4

DP1.1 Accettazione e accoglienza

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 sì
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...)

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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 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

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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
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 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%
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)

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dai medici erano chiare
DENOMINATORE Totale dei pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato $\bar{\gamma}$ baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
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 $\bar{\gamma}$ baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance $\bar{\gamma}$ report indagine ricoveri)
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

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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
INDICATORE 1 Numero medio di audit svolti per struttura in un anno 7se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno 7se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

STANDARD BASE	2
TIPOLOGIA FONTE	rischio clinico aziendale
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	una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE	rischio clinico aziendale
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	rischio clinico aziendale
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	rischio clinico aziendale
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

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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%
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)
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 %
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)
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

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

STANDARD BASE raccolta del dato γ baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance γ C5.1)

REQUISITO DP2. (M36)* Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale γ 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 γ 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) γ 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.)
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 revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice γ In questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purché in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)

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) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate γ Sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 abrogato
INDICATORE 3 abrogato
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)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle 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 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

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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
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)

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 7si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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
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 sì
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 raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)

REQUISITO DP2. (M43) L'organizzazione adotta un sistema di gestione del CVC

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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 sì
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 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 degli anticoagulanti
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 abrogato
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%

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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
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 dipendenze

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 sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % di SIRT correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

NUMERATORE
Numero di SIRT correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE
Numero di cartelle cliniche revisionate
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 DP 2.2.1
L'organizzazione effettua una valutazione periodica degli obiettivi del "piano terapeutico individuale" previsti nelle varie fasi fino al completamento
INDICATORE
% registrazioni delle valutazioni periodiche degli obiettivi del piano terapeutico individuale previsti nelle varie fasi fino al completamento
NUMERATORE
Numero registrazioni delle valutazioni periodiche degli obiettivi del piano terapeutico individuale previsti nelle varie fasi fino al completamento
DENOMINATORE
Numero piani terapeutici individuali
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

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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 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
% di dimissioni con attivazione ADI (è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)
NUMERATORE
Numero di dimissioni con attivazione ADI
DENOMINATORE
Numero di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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 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
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
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 (si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

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
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione <i>di</i> presidi alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
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 di farmaci alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)

Tabella n. 7 indicatori e standard area dipendenze patologiche

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

DP3.1 Follow up

REQUISITO DP 3.1.1

L'organizzazione utilizza strumenti valutativi di follow up

INDICATORE

% degli utenti tossico e/o alcol dipendenti con follow up programmato al termine del trattamento che lo effettuano entro 6 mesi

NUMERATORE

Numero degli utenti tossico e/o alcol dipendenti con follow up programmato al termine del trattamento che lo effettuano entro 6 mesi

DENOMINATORE

Numero totale degli utenti tossico e/o alcol dipendenti con follow up programmato al termine del trattamento

STANDARD BASE 50%

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 8 diagramma di flusso area salute mentale

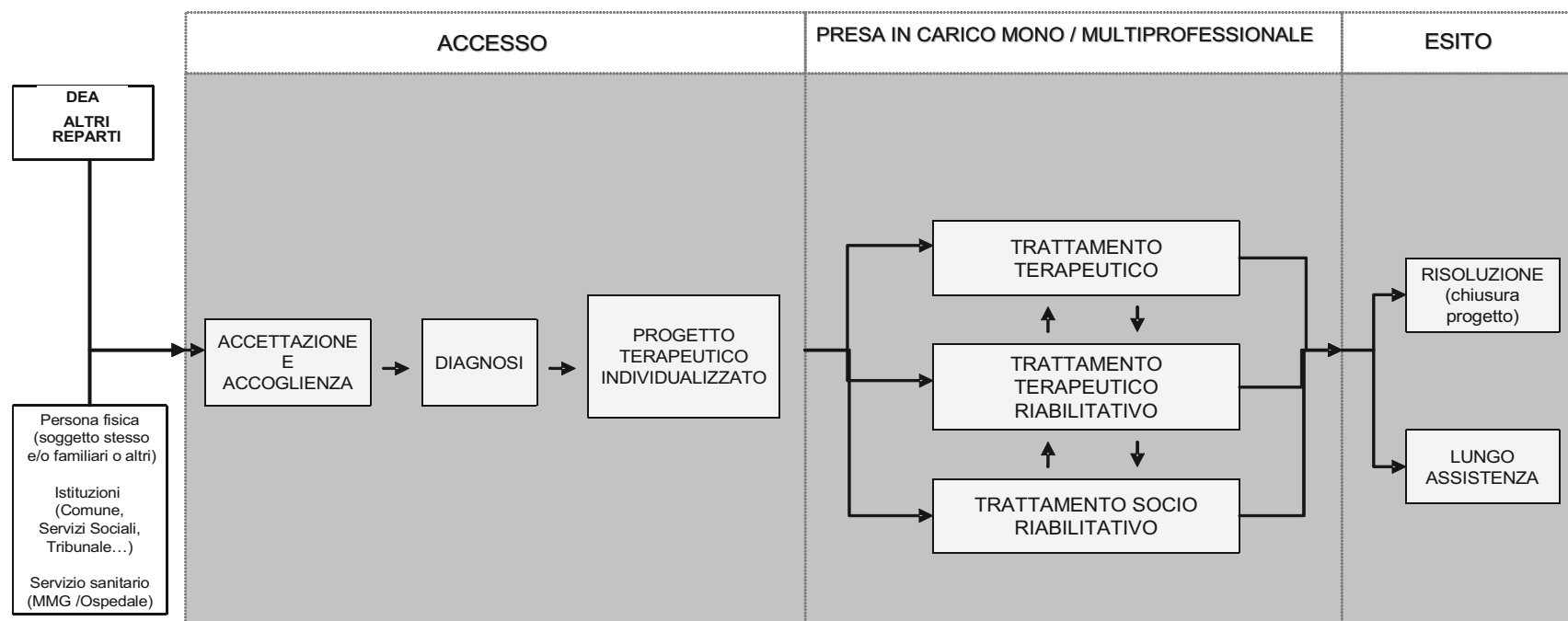


Tabella n. 8 requisiti area salute mentale

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 Documento Programmatico della 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
	SMM11.* 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. 8 requisiti area salute mentale

Percorso di Area salute mentale			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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
	SM1. (M20) spostato a livello aziendale: A4		
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

Tabella n. 8 requisiti area salute mentale

Percorso di Area salute mentale			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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). Nel caso di presa in carico multiprofessionale e/o complessa il progetto terapeutico esplicita anche i problemi prevalenti e gli obiettivi. Nel caso di presa in carico complessa il progetto terapeutico indica anche il referente/case manager.	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	SM 1.3.3 Il progetto terapeutico è valutato periodicamente	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
	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

Tabella n. 8 requisiti area salute mentale

Percorso di Area salute mentale			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva (da intendersi solo per i ricoveri in SPDC)	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 (da intendersi solo per i ricoveri in SPDC)	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
	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

Tabella n. 8 requisiti area salute mentale

Percorso di Area salute mentale			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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 dei percorsi residenziali e semiresidenziali 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 (passaggi interni al Dipartimento ad es. SPDC/territorio, ambulatorio/ospedale/residenza).	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	SM 2.1.5 E' garantita la continuità assistenziale con il territorio ai dimessi SPDC	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE
	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

Tabella n. 8 requisiti area salute mentale

Percorso di Area salute mentale			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
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			

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

Percorso di Area salute mentale**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO SMA1.* 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 (5%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO SMA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 36 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO SMA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
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
DENOMINATORE $\sum Wi$ Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE 70%

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 BAC 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 BAB
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
STANDARD BASE > = 5%

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

TIPOLOGIA FONTE dati OBB
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 OBB

REQUISITO SM L'organizzazione si dota di strumenti di prevenzione del rischio di suicidio e ne monitorizza il processo
INDICATORE 1 Presenza del documento che dà evidenza alle procedure da attuare per la prevenzione del rischio di suicidio
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 % presenza di tentativi di suicidio e suicidi dei pazienti in carico presso il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e le strutture residenziali
NUMERATORE Numero tentativi di suicidio e suicidi dei pazienti in carico presso SPDC e strutture residenziali
DENOMINATORE Numero pazienti in carico presso SPDC e strutture residenziali
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 Presenza del verbale di almeno due incontri annuali, presenza del resoconto degli audit interni annui
STANDARD BASE sì

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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 (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)
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 (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 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 (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)
NUMERATORE Numero di report di valutazione per servizio/fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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

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
INDICATORE
Presenza del documento che evidenzia l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

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
INDICATORE 1
Presenza del documento che evidenzia 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 SMM7.
Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE
% di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative (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 di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative
DENOMINATORE
Numero di dipendenti che hanno partecipato all'indagine clima interno

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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
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

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

DENOMINATORE
Numero totale di nuovi inseriti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO SMM9.
Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) 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
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 documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)
STANDARD BASE sì
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 (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)
INDICATORE 1
% di buone pratiche regionali in uso di interesse (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)
NUMERATORE
Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE
Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

STANDARD BASE 50% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 (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)
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% (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)
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
REQUISITO SMM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori (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.)
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

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

DENOMINATORE
Giornate di degenza (ricoveri ordinari e DH) ; Numero di accessi (per ambulatori)
STANDARD BASE raccolta del dato
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
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)
REQUISITO SMM13.
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. 8 indicatori e standard area salute mentale

REQUISITO SMM14. 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)
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO SMM15. 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 (il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)
STANDARD BASE sì
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 monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

INDICATORE 4
% di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE
Numero di audit sulle 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 validati dall'azienda
INDICATORE
Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo validato dall'azienda
NUMERATORE
Numero di servizio/fornitore con un protocollo validato dall'azienda
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....).
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

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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 (il condividere va inteso come coinvolgere)
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) spostato a livello aziendale: A4

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 sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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 revisione cartelle cliniche

REQUISITO SM 1.3.2
Il progetto terapeutico: • indica il dirigente responsabile del processo di cura e l'ipotesi diagnostica via via formulata • formula il Piano di Brattamento 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). Nel caso di presa in carico multiprofessionale e/o complessa il progetto terapeutico esplicita anche i problemi prevalenti e gli obiettivi. Nel caso di presa in carico complessa il progetto terapeutico indica anche il referente/case manager.
INDICATORE
% di progetti terapeutici che rispondono al requisito
NUMERATORE
Numero di progetti terapeutici che rispondono al requisito
DENOMINATORE
Numero di progetti terapeutici redatti
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE SALM /revisione cartelle cliniche

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

REQUISITO SM 1.3.3 Il progetto terapeutico è valutato periodicamente
INDICATORE % progetti terapeutici con valutazione periodica (ma5 3 mesi)
NUMERATORE Numero progetti terapeutici con valutazione periodica (ma5 3 mesi)
DENOMINATORE Numero progetti terapeutici totali
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE SALM

SM2. Presa in carico multi/monoprofessionale

REQUISITO 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
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 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

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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% (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)
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dai medici erano chiare
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 risposte ricevute dagli infermieri erano chiare
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dagli infermieri erano chiare

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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 % 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

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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 (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)	
NUMERATORE	
Numero di audit svolti in un anno	
DENOMINATORE	
Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali	
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 (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)	
NUMERATORE	
Numero di M&M svolte in un anno	
DENOMINATORE	
Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali	
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	

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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)
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%
(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)
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

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

STANDARD BASE 50 % (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)
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 % 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 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 BVP 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) (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.)
NUMERATORE Numero di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati per cui si fa un report

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

DENOMINATORE
Numero totale di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico adottati
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE 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)

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 sì
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO SM2. (M38)
Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva (da interdersi solo per i ricoveri in SPDC)
INDICATORE 1
% di schede MEWS correttamente compilate (sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)
NUMERATORE
Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE
Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche ospedaliere
INDICATORE 2 abrogato
INDICATORE 3 abrogato
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)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C6.4.2)

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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 SM2. (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 sì
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 abrogato

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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)

REQUISITO SM2. (M40)* Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc (da intendersi solo per i ricoveri in SPDC)
INDICATORE % 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)
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 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
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. 8 indicatori e standard area salute mentale

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
REQUISITO SM2. (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 raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)

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 Basso di infezioni da CVC per 1.000 giornate pazienti con CVC
NUMERATORE Numero di infezioni da CVC

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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 (BAO)
INDICATORE 1
L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione degli anticoagulanti
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 abrogato

REQUISITO SM2. (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 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

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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 residenti dimessi dagli SPDC del Dipartimento Salute Mentale
NUMERATORE Numero ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici residenti dimessi dagli SPDC del Dipartimento Salute Mentale
DENOMINATORE Numero ricoveri per pazienti psichiatrici residenti dimessi dagli SPDC del Dipartimento Salute Mentale
STANDARD BASE raccolta del dato
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 dei percorsi residenziali e semiresidenziali 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 dei percorsi residenziali e semiresidenziali che rispondono al requisito
NUMERATORE Numero di progetti terapeutici dei percorsi residenziali e semiresidenziali che rispondono al requisito
DENOMINATORE Numero di progetti terapeutici dei percorsi residenziali e semiresidenziali redatti
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE SALM o revisione cartelle cliniche

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

REQUISITO SM 2.1.3	
Le condizioni del paziente sono monitorate in coerenza con il progetto terapeutico con continuità .	
INDICATORE	
% cartelle territoriali con valutazione periodica (ma5 3 mesi)	
NUMERATORE	
Numero cartelle territoriali con valutazione periodica (ma5 3 mesi)	
DENOMINATORE	
Numero cartelle territoriali totali	
STANDARD BASE 70%	
TIPOLOGIA FONTE	SALM o revisione cartelle cliniche

REQUISITO SM 2.1.4	
E' garantita la continuità terapeutico assistenziale del trattamento da una percorso di trattamento all'altro (passaggi interni al Dipartimento ad es. SPDC/territorio, ambulatorio/ospedale/residenza).	
INDICATORE 1	
% appuntamenti visita ai pazienti nel passaggio ad altre fasi del percorso	
NUMERATORE	
Numero appuntamenti visita ai pazienti nel passaggio ad altre fasi del percorso	
DENOMINATORE	
Numero pazienti che passano ad altre fasi del percorso	
STANDARD BASE 70%	
TIPOLOGIA FONTE	SALM o revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2	
% appuntamenti entro 15 gg nei pazienti nel passaggio ad altre fasi del percorso	
NUMERATORE	
Numero appuntamenti entro 15 gg nei pazienti nel passaggio ad altre fasi del percorso	
DENOMINATORE	
Numero pazienti che passano ad altre fasi del percorso	
STANDARD BASE 70%	
TIPOLOGIA FONTE	SALM o revisione cartelle cliniche

REQUISITO SM 2.1.5	
E' garantita la continuità assistenziale con il territorio ai dimessi SPDC	
INDICATORE	
% pazienti dimessi dall'SPDC con lettera di dimissione da inviare ai MMG	

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

NUMERATORE
Numero pazienti dimessi dall'SPDC con lettera di dimissione da inviare ai MMG
DENOMINATORE
Numero pazienti dimessi SPDC
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE SALM o revisione cartelle cliniche

REQUISITO SM2.4 (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 SBU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
NUMERATORE
Numero di SBU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE
Numero di cartelle cliniche revisionate
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

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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
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

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

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 (è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)
NUMERATORE Numero di dimissioni con attivazione ADI
DENOMINATORE Numero di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE per il privato : monitoraggio interno ; per il pubblico : sistema di valutazione delle performance
REQUISITO SM3. (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
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. 8 indicatori e standard area salute mentale

STANDARD BASE	90%
TIPOLOGIA FONTE	sistema di valutazione delle performance

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	
INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente (si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)	
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente	
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni	
STANDARD BASE	raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE	revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO SM3. (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 di presidi alla dimissione	
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di presidi alla dimissione	
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati	
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

Tabella n. 8 indicatori e standard area salute mentale

INDICATORE 3
% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
INDICATORE 4
% di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

Tabella n. 9 diagramma di flusso area emergenza urgenza

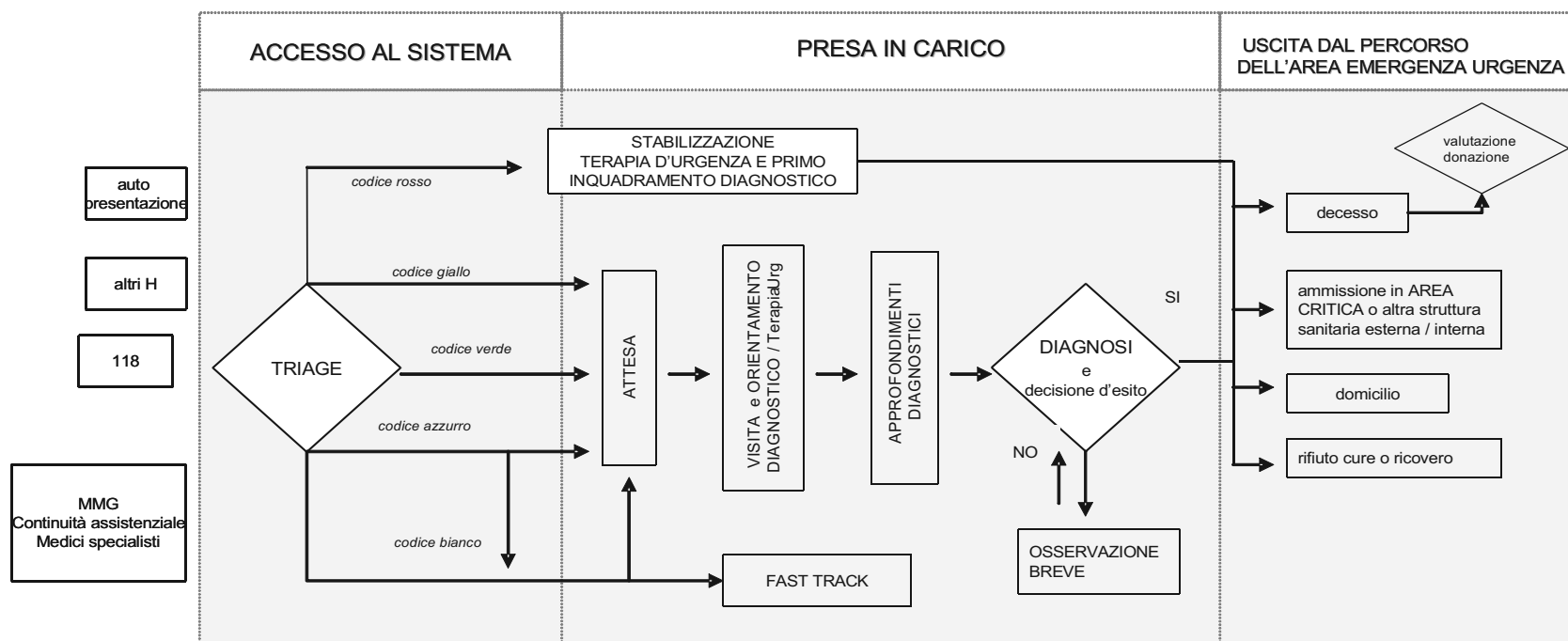


Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

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 Documento Programmatico della 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
	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

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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
	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

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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 nota: la struttura deve specificare i suoi percorsi di rete per valutare appropriatamente gli indicatori proposti	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
	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

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva	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
	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

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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 nota : la struttura deve condividere la tempistica con le altre strutture interessate es. radiologia, laboratorio traumatologia	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
	ER 2.4.2 Sono applicate le procedure per il turn over rapido del letto "sala rossa" nota: il tempo è da valutare a seconda dell'organizzazione presente	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

Tabella n. 9 requisiti area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

Percorso di Area Emergenza Urgenza

GENERALI AZIENDALI

REQUISITO ERA1.* 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 ERA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'Azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 36 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO ERA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
NUMERATORE $\sum (FLUi \cdot 5 Wi)$ 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
DENOMINATORE $\sum Wi$ Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8) nota: indicatore aziendale complessivo

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

REQUISITO ERA4. 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 BAC 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 BAB
REQUISITO ERA5. 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
STANDARD BASE > = 5%
TIPOLOGIA FONTE dati OBB

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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 OBB

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 (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)

REQUISITO ERM3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

INDICATORE	
% dipendenti che dichiarano che esistono adeguati momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno (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 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 (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)	
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 evidenzia l'organizzazione in atto	
STANDARD BASE	si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale	

REQUISITO 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 redigere una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali	

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

INDICATORE 1 Presenza del documento che evidenzia 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 (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 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
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 % schede di valutazione compilate del programma di inserimento per i nuovi inseriti

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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 Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) 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
Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

REQUISITO ERM10.
Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici
INDICATORE
Brasmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati (I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)
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 (E7necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita)
INDICATORE 1
% di buone pratiche regionali in uso di interesse (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)
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 (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)
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% (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)
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

REQUISITO ERM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori (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 quaderno 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.)
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 % 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
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

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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

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 (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)
INDICATORE
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

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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 (il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)
STANDARD BASE sì
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 monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale
INDICATORE 4 % di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE Numero di audit sulle cadute con danno
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 validati dall'azienda
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo validato dall'azienda
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo validato dall'azienda

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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 rischio relativo della % di conoscenza del proprio codice colore al PS per titolo di studio si fa riferimento ai pazienti con codice verde, azzurro e bianco
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

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

NUMERATORE
Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale
DENOMINATORE
Botale 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 (il condividere va inteso come coinvolgere)
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) spostato a livello aziendale: A4

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 si fa riferimento ai pazienti con codice verde, azzurro e bianco
NUMERATORE
Numero pazienti che conoscono il proprio codice colore
DENOMINATORE
Botale pazienti con codice colore attribuito
STANDARD BASE 40%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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 sistema di valutazione delle performance (C16)

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
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

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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 sì
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 sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

ER2. Presa in carico

REQUISITO ER 2.1. Il dipartimento si dota di strumenti per la gestione appropriata del paziente con danno cerebrale acuto nota: la struttura deve specificare i suoi percorsi di rete per valutare appropriatamente gli indicatori proposti
INDICATORE 1 % di lesioni cerebrali acute in PS per cui si effettua un consulto spoke-hub attraverso RISPACS
NUMERATORE Numero di consulti spoke-hub attraverso RISPACS
DENOMINATORE Numero lesioni cerebrali acute in PS
STANDARD BASE raccolta dato (baseline)

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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)
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

REQUISITO 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
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 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

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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 Adesione 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% (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)
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dai medici erano chiare
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 risposte ricevute dagli infermieri erano chiare

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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)

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
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

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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 (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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 una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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 rischio clinico aziendale
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 rischio clinico aziendale
REQUISITO ER2. (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% (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)
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

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

DENOMINATORE
Numero operatori sanitari
STANDARD BASE 50 %
(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)
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
% 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 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; * 0% per PS; 80% per Materno Infantile; 65% per cure primarie

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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 (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; ' 0% per PS; ' 0% 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 farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo) (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 ' 0% 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)
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 ' 0%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

REQUISITO ER2. (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

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

REQUISITO ER2. (M38) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate (sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE ' 0%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 abrogato
INDICATORE 3 abrogato
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)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C6.4.2)
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 ER2. (M39)

Esiste un sistema di gestione del dolore

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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
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, ' 0% per il PS
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

REQUISITO ER2. (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 (si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)
NUMERATORE Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione multidimensionale
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE ' 0%
TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

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
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 sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

NUMERATORE
Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE
Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)

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 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 abrogato

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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) 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

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
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 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 nota : la struttura deve condividere la tempistica con le altre strutture interessate es. radiologia, laboratorio traumatologia
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

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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
Numero di pazienti trasferiti da spoke a hub con documentazione completa (scheda 118 e/o cartella PS)
DENOMINATORE
Totale pazienti trasferiti
STANDARD BASE ' 0%
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;

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

REQUISITO ER 2.4.2 Sono applicate le procedure per il turn over rapido del letto "sala rossa" nota: il tempo è da valutare a seconda dell'organizzazione presente
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

ER3. Uscita dal percorso dell'area emergenza urgenza

REQUISITO ER 3.1 La presa in carico del cittadino è efficace
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
NUMERATORE Numero pazienti con reingresso in PS entro 48 ore <i>per lo stesso motivo di salute del primo accesso</i>
DENOMINATORE Numero pazienti dimessi dal PS a domicilio
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE flusso regionale RFC 106

REQUISITO ER 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)

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
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.).
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,x %
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (C8a.1)
INDICATORE 3 % di dimissioni con attivazione ADI (è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)
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

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)
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)

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 (si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)
NUMERATORE
Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE
Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
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 di presidi alla dimissione
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di presidi alla dimissione
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

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 di farmaci alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 4 % di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
DENOMINATORE Numero di pazienti intervistati
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

Tabella n. 9 indicatori e standard area emergenza urgenza

NUMERATORE Numero morti encefaliche
DENOMINATORE Numero decessi con lesioni cerebrali nelle UBI
STANDARD BASE >x0%
TIPOLOGIA FONTE dati OBB - 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 OBB - sistema di valutazione delle performance (B6.1.2)

Tabella n. 10 diagramma di flusso area cure primarie

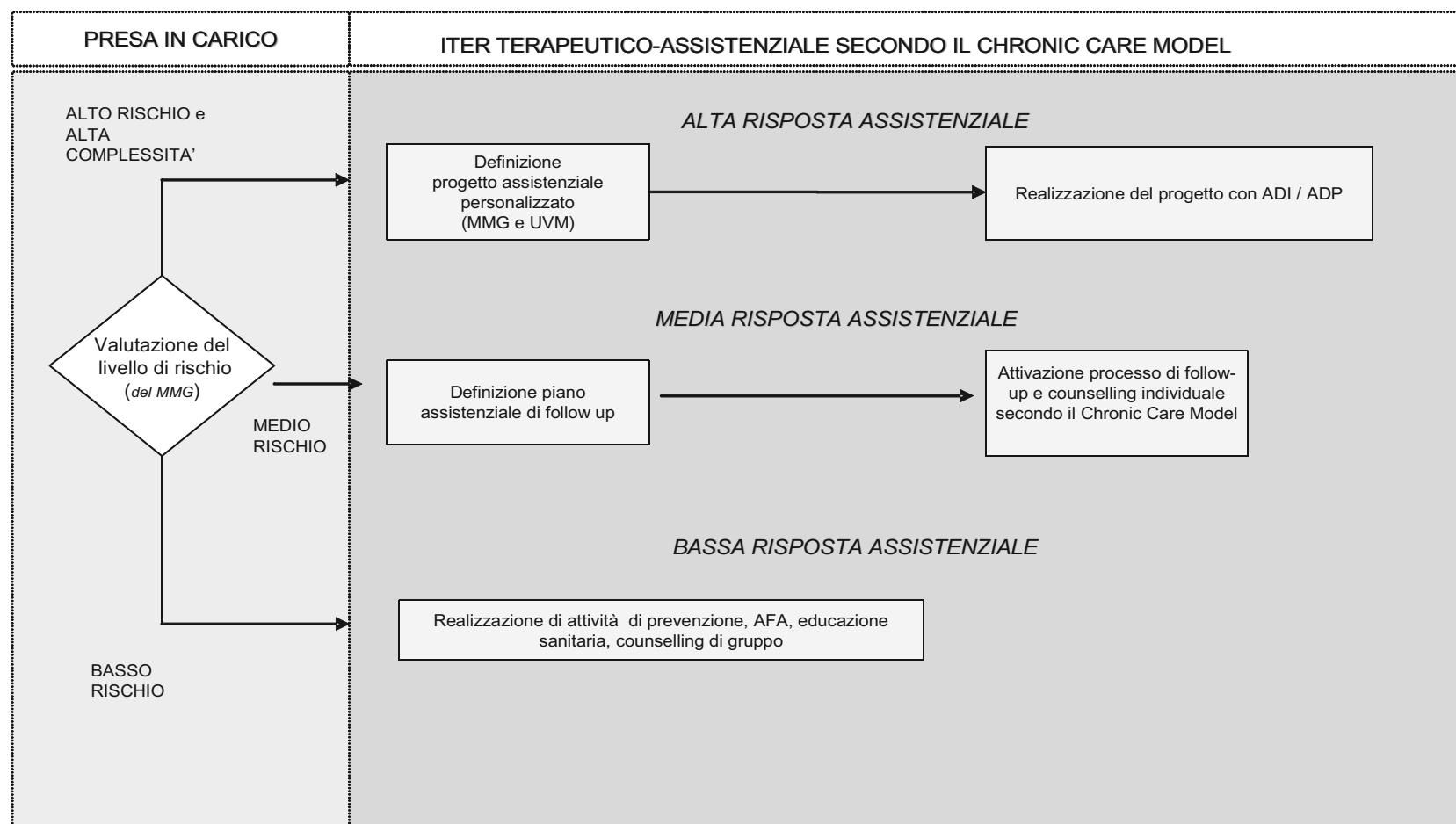


Tabella n. 10 requisiti area cure primarie

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 efficace	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 Documento Programmatico della 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 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
	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

Tabella n. 10 requisiti area cure primarie

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) spostato a livello aziendale: A4		
	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 (si fa riferimento alla revisione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali)	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 (si fa riferimento agli indicatori di processo dei moduli della sanità di iniziativa)	Appropriatezza e qualità clinica	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
	CP 2.3 L'unità funzionale garantisce una gestione efficace dell'ADI in dimissione dall'ospedale	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
	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

Tabella n. 10 requisiti area cure primarie

Percorso di Area Cure Primarie			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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			

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

Percorso di Area cure primarie**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO CPA1.* 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 ' x%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO CPA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 36 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO CPA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
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
DENOMINATORE $\sum Wi$ Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE ' 0%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B8) nota: indicatore aziendale complessivo

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

REQUISITO CPA4. E' prevista una gestione tempestiva di accesso alle prestazioni (per esterni)
INDICATORE 1 % prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 1x giorni
NUMERATORE Numero di visite specialistiche erogate rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di visite specialistiche totali esaminate
STANDARD BASE ' 0%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance
INDICATORE 2 % prima disponibilità delle prenotazioni delle prenotazioni BAC e RM entro 30 giorni
NUMERATORE Numero di esami diagnostici erogati rispettando i tempi e le modalità previsti dagli indirizzi regionali
DENOMINATORE Numero di esami diagnostici totali esaminati
STANDARD BASE 60 %
TIPOLOGIA FONTE flusso BAB

REQUISITO CPA5. 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 > = x anni e < = ' x anni
STANDARD BASE > = x%
TIPOLOGIA FONTE dati OBB

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

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 $\leq x$ anni
STANDARD BASE $\geq 2\%$
TIPOLOGIA FONTE dati OBB

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 $3x\%$
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine di clima interno)

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

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

(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 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	3x%
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 (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)
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 evidenzia l'organizzazione in atto
STANDARD BASE	si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale	

REQUISITO 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 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 evidenzia l'organizzazione in atto

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CPM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative (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 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 3x%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (indagine clima interno)

REQUISITO CPM8. 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

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

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 Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) 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 Totale operatori
STANDARD BASE 80%
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
REQUISITO CPM10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

INDICATORE Brasmmissione digitale realizzata in tempo reale alla validazione dei dati (I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)
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 (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)
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse (per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il ' x% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile)
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE x0% entro il 31 dicembre 2012; 60% entro il 31 dicembre 2013 (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)
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 ' 0% (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)
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

REQUISITO CPM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori (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 x procedure consecutive.)
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 % 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
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

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

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)

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 sì
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 sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO CPM14. 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)
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE sì
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

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

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 (il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)
STANDARD BASE sì
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 monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale
INDICATORE 4 % di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE Numero di audit sulle cadute con danno
DENOMINATORE Numero cadute con danno
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 validati dall'azienda
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo validato dall'azienda
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo validato dall'azienda

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

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

REQUISITO CP1. (M20) spostato a livello aziendale: A4

REQUISITO CP1.1 (M21) Si garantisce l'espressione delle differenze culturali, religiose e etniche

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

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
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

REQUISITO 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 (si fa riferimento alla revisione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali)
INDICATORE
Rispetto degli indicatori individuati a livello regionale

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio regionale

REQUISITO CP 2.2 L'unità funzionale garantisce l'attuazione efficace della sanità d'iniziativa attraverso il monitoraggio e la valutazione dei moduli attivati (si fa riferimento agli indicatori di processo dei moduli della sanità di iniziativa)
INDICATORE Rispetto degli indicatori individuati a livello regionale
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio regionale

REQUISITO CP 2.3 L'unità funzionale garantisce una gestione efficace dell'ADI in dimissione dall'ospedale
INDICATORE % delle ADI in dimissione dall'ospedale attivate nel tempo predeterminato dall'Azienda
NUMERATORE Numero delle ADI attivate nel tempo predeterminato dall'Azienda
DENOMINATORE Numero totale dimessi per cui è stata attivata l'ADI
STANDARD BASE ' 0% rispetto alla media regionale
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

REQUISITO CP 2.4 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

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

INDICATORE 1 Grado di diffusione dei programmi AFA a bassa disabilità tra i residenti $\geq 6x$ anni
NUMERATORE Numero programmi AFA a bassa disabilità attivi alla data di rilevazione
DENOMINATORE Popolazione residente $\geq 6x$ anni
STANDARD BASE 1 corso attivo ogni 1.000 residenti $\geq 6x$ anni
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione performance (B22)
INDICATORE 2 Grado di diffusione dei programmi AFA ad alta disabilità tra i residenti $\geq 6x$ anni
NUMERATORE Numero programmi AFA ad alta disabilità attivi alla data di rilevazione
DENOMINATORE Popolazione residente $\geq 6x$ anni
STANDARD BASE almeno 1 corso attivato ogni 1x.000 residenti $\geq 6x$ anni all'anno
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione performance (B22)
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
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

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

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 8x%
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
NUMERATORE
Numero di medici che hanno partecipato ad un corso di formazione sulla comunicazione al paziente
DENOMINATORE
Totale medici
STANDARD BASE 40%
(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)
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2
% di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dai medici erano chiare
DENOMINATORE
Totale dei pazienti intervistati

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)
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)

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
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 ' x %
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 (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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 una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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 rischio clinico aziendale
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)

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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% (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)
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 x0 % (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)
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
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

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

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 (Cx.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
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 80% per Ricoveri; ' 0% per PS; 80% per Materno Infantile; 6x% 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 BVP 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)
(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 ' 0% 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.)
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

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

STANDARD BASE ' 0%
TIPOLOGIA FONTE 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)
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
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)

Tabella n. 10 indicatori e standard area cure primarie

NUMERATORE
Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)
DENOMINATORE
Numero cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)

REQUISITO CP2. (M44)
Esistono modalità per il miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (BAO)
INDICATORE 1
L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione <i>degli anticoagulanti</i>
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 abrogato

Tabella n. 11 diagramma di flusso area riabilitazione

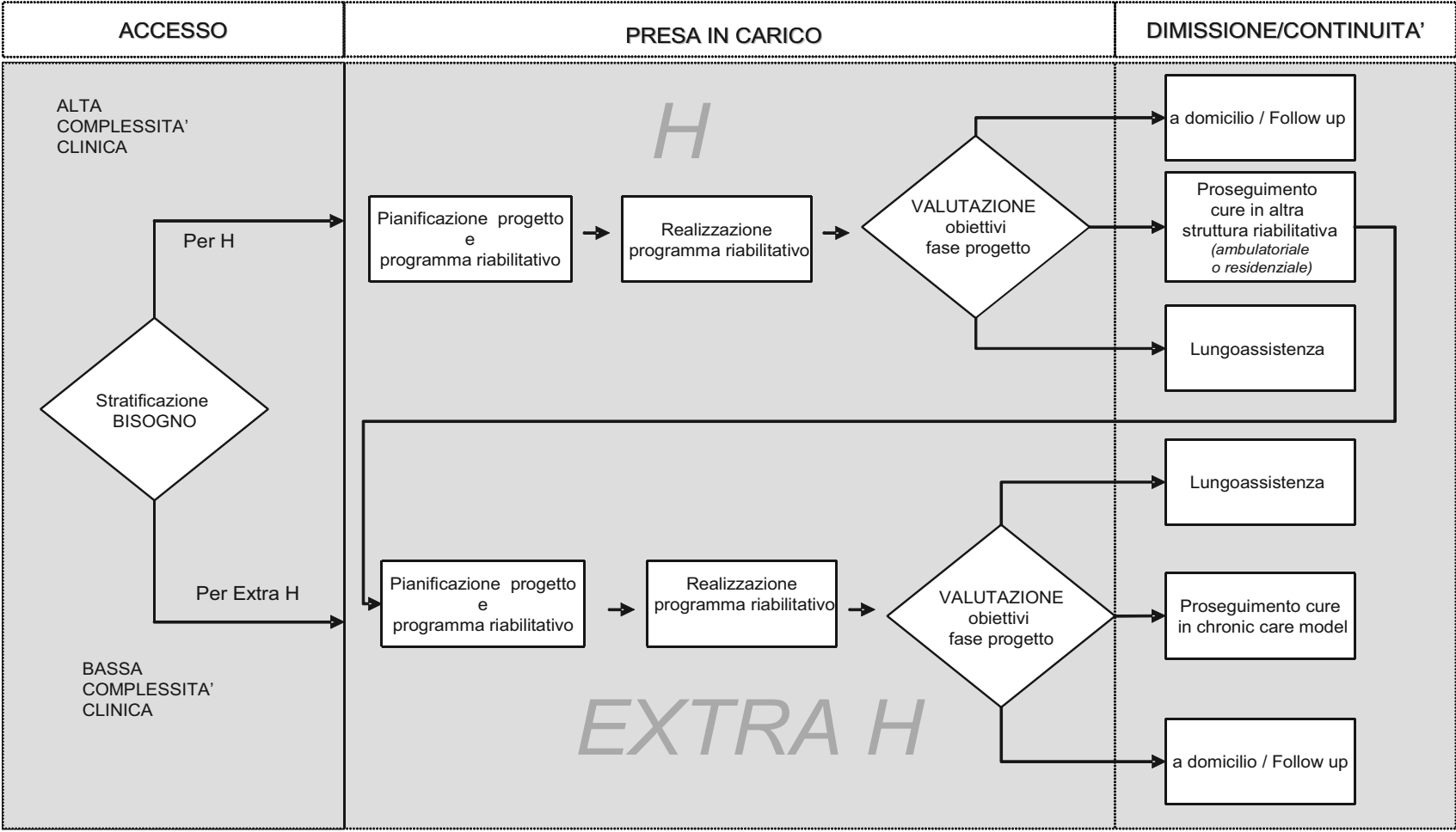


Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

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 Documento Programmatico della 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

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

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 (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
	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) spostato a livello aziendale: A4		
	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

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

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) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva	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
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 comorbidità 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 comorbidità 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
	RIAB3.(M50) Al momento della dimissione sono fornite informazioni chiare	Continuità ospedale e territorio	CONTINUITA' ASSISTENZIALE E COOPERAZIONE

Tabella n. 11 requisiti area riabilitazione

Percorso di Area riabilitazione			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
	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)			

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

Percorso di Area riabilitazione**GENERALI AZIENDALI**

REQUISITO RIABA1.* 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 ' x%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (B16.1.1) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO RIABA2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE 36 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO RIABA3. Sono rispettati i tempi stabiliti per l'invio dei flussi informativi
INDICATORE Tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale
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
DENOMINATORE $\sum Wi$ Wi indica i pesi da applicare a ciascun flusso
STANDARD BASE ' 0%

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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

nota: indicatore aziendale complessivo

REQUISITO RIABA4.

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

INDICATORE 1

% prima disponibilità delle prenotazioni delle 9 visite specialistiche entro 1x 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 ' 0%

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 RIABA5.

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

STANDARD BASE > = 5%

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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 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 sì
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 (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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

REQUISITO RIABM3. 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 (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 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno	

REQUISITO RIABM4. 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 (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)	
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 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	
INDICATORE Presenza del documento che evidenzia l'organizzazione in atto	
STANDARD BASE si	
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale	

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

REQUISITO 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 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 evidenzia l'organizzazione in atto
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 Presenza dedicato alla Gestione del Rischio Clinico
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO RIABM7. Esiste un sistema di informazione rispetto alle opportunità formative efficace
INDICATORE % di dipendenti che ritengono di essere messi adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative (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 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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO RIABM8. 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. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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 Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) 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

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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 documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)
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 (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)
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse (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)
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 (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)
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. 11 indicatori e standard area riabilitazione

STANDARD BASE 70% (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)
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

REQUISITO RIABM12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani
INDICATORE 1 Compliance lavaggio mani operatori (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.)
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 % 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

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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

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 (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)
INDICATORE
Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendal

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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 (il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)
STANDARD BASE sì
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 monitoraggio interno effettuato dal rischio clinico aziendale
INDICATORE 4 % di cadute con danno su cui è stato effettuato un audit
NUMERATORE Numero di audit sulle cadute con danno
DENOMINATORE Numero cadute con danno
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

REQUISITO RIABM16. I collegamenti funzionali con i servizi/fornitori interni (es: farmacia, servizi di diagnostica, servizi di riabilitazione...) sono regolati attraverso protocolli validati dall'azienda
INDICATORE Per ogni servizio/fornitore individuato è presente un protocollo validato dall'azienda
NUMERATORE Numero di servizio/fornitore con un protocollo validato dall'azienda
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 % 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. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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 (il condividere va inteso come coinvolgere)
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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
REQUISITO RIAB1. (M20) spostato a livello aziendale: A4
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 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

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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
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 comorbidità
NUMERATORE Numero pazienti con comorbidità

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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%
TIPOLOGIA FONTE flusso SPR e SDO, revisione cartelle
INDICATORE 2 % pazienti con reingresso in ospedale tramite PS entro 30 giorni
NUMERATORE Numero pazienti con reingresso in ospedale tramite PS entro 30 giorni
DENOMINATORE Totale pazienti in carico
STANDARD BASE 10% (non applicabile alle organizzazioni che operano per la disabilità neuropsichica)
TIPOLOGIA FONTE flusso SPR e SDO, revisione cartelle

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

INDICATORE 3
% pazienti a bassa complessità clinica ammessi direttamente dal reparto per acuti
NUMERATORE
Numero pazienti a bassa complessità clinica ammessi direttamente dal reparto per acuti
DENOMINATORE
Totale pazienti ammessi
STANDARD BASE
> 50% per le strutture residenziali (D1.1)
> 25% per le strutture ambulatoriali (B2.1)
(non applicabile alle organizzazioni che operano per la disabilità neuropsichica)
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%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO RIAB2. (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. 11 indicatori e standard area riabilitazione

STANDARD BASE 85%
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
REQUISITO 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
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 RIAB2. (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% (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)
TIPOLOGIA FONTE formazione aziendale
INDICATORE 2 % di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare
NUMERATORE Numero di pazienti che dichiarano che le informazioni ricevute dai medici erano chiare
DENOMINATORE Totale dei 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
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

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

DENOMINATORE
Totale dei 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

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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

REQUISITO RIAB2. (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

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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

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 (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

INDICATORE 2 Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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 una azione di miglioramento per ogni audit, tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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 rischio clinico aziendale
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 rischio clinico aziendale
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

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

STANDARD BASE 90%
(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)
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 %
(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)
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

REQUISITO 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
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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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) (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.)
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 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 purché in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito)

REQUISITO RIAB2. (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 sì
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali

REQUISITO RIAB2. (M38) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva
INDICATORE 1 % di schede MEWS correttamente compilate (sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)
NUMERATORE Numero schede MEWS correttamente compilate
DENOMINATORE Numero di cartelle cliniche revisionate
STANDARD BASE 70%

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 abrogato
INDICATORE 3 abrogato
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)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle 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 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; per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore almeno 2 registrazioni

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle cliniche
INDICATORE 2 abrogato
INDICATORE 3 Presenza di strumenti informativi nelle aree di degenza e negli spazi comuni
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
INDICATORE 4 abrogato
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 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 (si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente; è da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate)
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

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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
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 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 sì
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 raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE
aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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 sì
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 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 degli anticoagulanti
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
INDICATORE 2 abrogato
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

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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 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 cartelle cliniche revisionate
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

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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

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

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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 comorbidità 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

RIAB2.1.3 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

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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 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 <i>Numero</i> di pazienti a cui viene fatta la valutazione clinica funzionale all'ingresso e all'uscita
DENOMINATORE Numero pazienti ricoverati
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 sì
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

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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
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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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 sì

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 3 % di dimissioni con attivazione ADI (è necessario indicare in cartella l'attivazione di assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione)
NUMERATORE Numero di dimissioni con attivazione ADI
DENOMINATORE Numero di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 2 % pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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) ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno

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 (si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)
NUMERATORE
Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE
Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
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 di presidi alla dimissione
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di presidi alla dimissione
DENOMINATORE
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE raccolta del dato (baseline)
TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 2
% di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

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 ; laddove non attuato si procede con il monitoraggio interno
INDICATORE 3
% di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione
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
INDICATORE 4
% di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
NUMERATORE
Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione
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

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

Tabella n. 11 indicatori e standard area riabilitazione

STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE revisione cartelle
RIAB3.3 Proseguimento cure in altra struttura riabilitativa (da H a struttura ambulatoriale o residenziale)
REQUISITO RIAB 3.3.1 Sono gestite in maniera efficace le condizioni di comorbidità 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 struttura riabilitativa e l'ammissione in struttura residenziali
NUMERATORE Somma dei tempi di attesa tra la dimissione dalla struttura riabilitativa 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

Tabella n. 12 requisiti strutture residenziali e ambulatoriali private

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 Documento Programmatico della 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) (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
	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) Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva (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	
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	

Tabella n. 12 requisiti strutture residenziali e ambulatoriali private

Percorso organizzativo Strutture Residenziali e Ambulatoriali Private			
	REQUISITO	CATEGORIA	MACROCATEGORIA
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

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

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 36 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

REQUISITO RA (M4)
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 (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)
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
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA (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
INDICATORE
Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO 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
INDICATORE
Presenza del documento che evidenzi l'organizzazione in atto
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA (M8)
Il programma di orientamento per i nuovi assunti e di inserimento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

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
APPLICAZIONE : A e R

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

REQUISITO RA (M9). Il Regolamento della privacy (Documento Programmatico della Sicurezza) 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 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 documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale es. RIS-PACS per la radiodiagnostica)
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 (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)
INDICATORE 1 % di buone pratiche regionali in uso di interesse (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)
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 (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)

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

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% (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)
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 (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.)
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 ricovero ; Numero di accessi (per ambulatori)

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

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 sì
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 (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)
INDICATORE Evidenza dei programmi e delle azioni messe in atto per aumentare l'equità all'accesso
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA (M15) Presenza di un sistema per la prevenzione del rischio di caduta

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

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 (il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale)
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%
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

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

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 (il condividere va inteso come coinvolgere)
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 della permanenza
INDICATORE Presenza di attività e ambienti che rispondono al requisito
STANDARD BASE si
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale
APPLICAZIONE : A e R

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

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

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

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

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% (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)
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 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 monitoraggio aziendale
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

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

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 monitoraggio aziendale
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 (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE
Numero di audit svolti in un anno
DENOMINATORE
Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 1
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
INDICATORE 2
Numero medio di M&M svolte per struttura in un anno (se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture)
NUMERATORE
Numero di M&M svolte in un anno
DENOMINATORE
Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali
STANDARD BASE 2
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

Numero di azioni di miglioramento previste in un anno relativamente ad audit, M&M e analisi eventi sentinella
STANDARD BASE una azione di miglioramento per ogni audit; tutte le azioni di miglioramento per gli eventi sentinella
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
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 rischio clinico aziendale
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 90%
TIPOLOGIA FONTE rischio clinico aziendale
APPLICAZIONE : R

REQUISITO RA 2(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% (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)
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

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 %
(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)
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)
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

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

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) (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.)
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
TIPOLOGIA FONTE documenti aziendali
APPLICAZIONE : A e R

REQUISITO RA 2.(M38)
Eventuali deterioramenti delle condizioni cliniche del paziente sono individuati e gestiti in maniera efficace e tempestiva
INDICATORE 1
% di schede MEWS correttamente compilate e adattate al contesto (sono esclusi i pazienti non elegibili per il MEWS)
NUMERATORE
Numero schede MEWS correttamente compilate e adattate al contesto
DENOMINATORE
Numero di pazienti

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
INDICATORE 2 abrogato
INDICATORE 3 abrogato
INDICATORE 4 % 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
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 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

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

STANDARD BASE	90%
TIPOLOGIA FONTE	monitoraggio interno
APPLICAZIONE :	<i>R</i>

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

REQUISITO RA 2.(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	monitoraggio interno
APPLICAZIONE :	<i>R</i>

REQUISITO RA 2.(M42)* L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici	

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

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 raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE aziendale (es. indagine di prevalenza, incidenza, sistemi di segnalazione attiva e passiva ..)
APPLICAZIONE : <i>R</i>
REQUISITO RA 2.(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 monitoraggio interno
APPLICAZIONE : <i>R</i>
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

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

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
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

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

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
Numero di pazienti intervistati
STANDARD BASE 90%
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
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 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

Tabella n. 12 indicatori e standard strutture residenziali e ambulatoriali private

INDICATORE % di lettere di dimissioni compilate correttamente (si intende compilata correttamente la lettera di dimissione compilata secondo i criteri previsti dal modello Cartella Paziente Integrata del Ministero)
NUMERATORE Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente
DENOMINATORE Numero totale lettere di dimissioni
STANDARD BASE raccolta del dato
TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno
APPLICAZIONE : <i>R</i>