



REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA PERSONA

**MANUALE DI
ACCREDITAMENTO
STRUTTURE SANITARIE
PUBBLICHE E PRIVATE**

[D.G.R. n. 2753 del 30.12.2005, Intesa Rep. n. 259/CSR del 20/12/2012 (recepita con D.G.R. n. 697 del 11 giugno 2013) e
Intesa Rep. n. 32/CSR del 19 febbraio 2015 (recepita con D.G.R. n. 1471 del 17 novembre 2015)]

REVISIONE 1.0

INDICE

INTRODUZIONE AL MANUALE

LE FONTI	4
I PRINCIPI FONDANTI	5
LA STRUTTURA DEL MANUALE.....	7
DIRITTI DEL PAZIENTE	8
SISTEMI DI SUPPORTO	9
PERCORSI ASSISTENZIALI	10
L'AGGREGAZIONE DEI REQUISITI	12
LA VALUTAZIONE.....	14
 <u>I REQUISITI DI ACCREDITAMENTO</u>	
MACROAREA DIRITTI DEL PAZIENTE.....	17
MACROAREA SERVIZI DI SUPPORTO	4
MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE	30
MEDICINA DI LABORATORIO	30
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	
AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE E CENTRI DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	37
AMBULATORIALE SPECIALISTICA CHIRURGICA.....	43
AMBULATORIALE SPECIALISTICA MEDICA	46
PAZIENTE ONCOLOGICO	34
PAZIENTE CON ICTUS	38
PAZIENTE CON IMA	57
PAZIENTE CHIRURGICO	60
PAZIENTE NEFROPATICO CRONICO	65
PERCORSO NASCITA	70
GLOSSARIO.....	61

INTRODUZIONE AL MANUALE

LE FONTI

L'analisi delle esperienze delle diverse realtà nazionali permette di intravedere alcune linee di tendenza che l'istituto dell'accreditamento sta assumendo nel mondo della sanità.

Per quanto riguarda il ruolo, l'accreditamento appare sempre più uno strumento di regolazione dell'accesso al mercato sanitario, obbligatorio e governato quindi dagli enti responsabili del finanziamento del sistema sanità.

Anche sui contenuti dell'accreditamento sembrano profilarsi alcune linee di tendenza comuni.

Innanzitutto appare chiaro che la qualità non viene più vista come uno degli elementi di valutazione dei sistemi di accreditamento, ma rappresenta l'impalcatura costitutiva del sistema stesso.

E' oramai evidente la centratura dei sistemi di accreditamento più evoluti (USA e Canada) su quelli che possiamo definire i caposaldi della Qualità Totale:

- focalizzazione sul cliente/cittadino,
- orientamento ai processi (organizzativi e/o assistenziali),
- sviluppo del Total Quality Management,
- attivazione dei processi di Continuous Quality Improvement

Il presente Manuale di Accreditamento attinge dalle forme assunte dai modelli di accreditamento internazionale quali quelle del Canada, Canadian Council on Health Services Accreditation, e degli Stati Uniti, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Il manuale recepisce inoltre l'approccio del modello per l'eccellenza della "European Foundation for Quality Management" (EFQM) traendone alcuni concetti ritenuti fondamentali per la sua costruzione; per esempio: attenzione al cliente, orientamento ai risultati, gestione per processi, leadership, partnership, apprendimento continuo e innovazione.

I PRINCIPI FONDANTI

Gli elementi sui quali è fondato il manuale di accreditamento sono:

1. l'approccio sistemico del modello;
2. l'identificazione del processo come itinerario da percorrere nel sistema di erogazione delle prestazioni;
3. l'attenzione agli aspetti di integrazione sia professionale sia di sistema di erogazione delle prestazioni;
4. la tensione del modello verso l'identificazione nei processi degli esiti;
5. l'adozione delle modalità del miglioramento continuo della qualità.

1 Il perché di un modello sistemico non deve passare come scontato, nella quotidianità la tendenza ad operare per settori è ancora presente. Sicuramente è una difesa messa in atto per far fronte ad un sistema che aumentando in complessità diversifica le sue richieste. Rinforzare e riproporre il concetto di sistema, convogliare nella coerenza dell'adozione di questo concetto ogni strumento di lavoro e dunque anche un manuale di accreditamento, contribuisce al consolidamento dello stesso.

2 Pensare al processo come itinerario significa stabilire una logica con la quale attraversare un sistema che nello specifico è quello di erogazione delle prestazioni sanitarie. Il processo inteso come organizzazione di risorse umane, risorse tecnologiche, strumenti e metodi utilizzati per compiere azioni logiche e sequenziali diventa:

- volano dell'integrazione professionale e del sistema
- filo conduttore che punta all'identificazione degli esiti.

3 L'approccio che si configura determina una forte e concreta spinta all'integrazione dei protagonisti del sistema, in quanto la finalità comune e condivisa negli obiettivi del processo fortifica i legami fra gli operatori.

4 Il tema degli esiti clinici è delicato, il percorso è stato intrapreso ed anche se i tempi si prospettano lunghi fin da ora è indispensabile comprendere questi aspetti ogni volta che si ragiona in termini di erogazione delle prestazioni sanitarie.

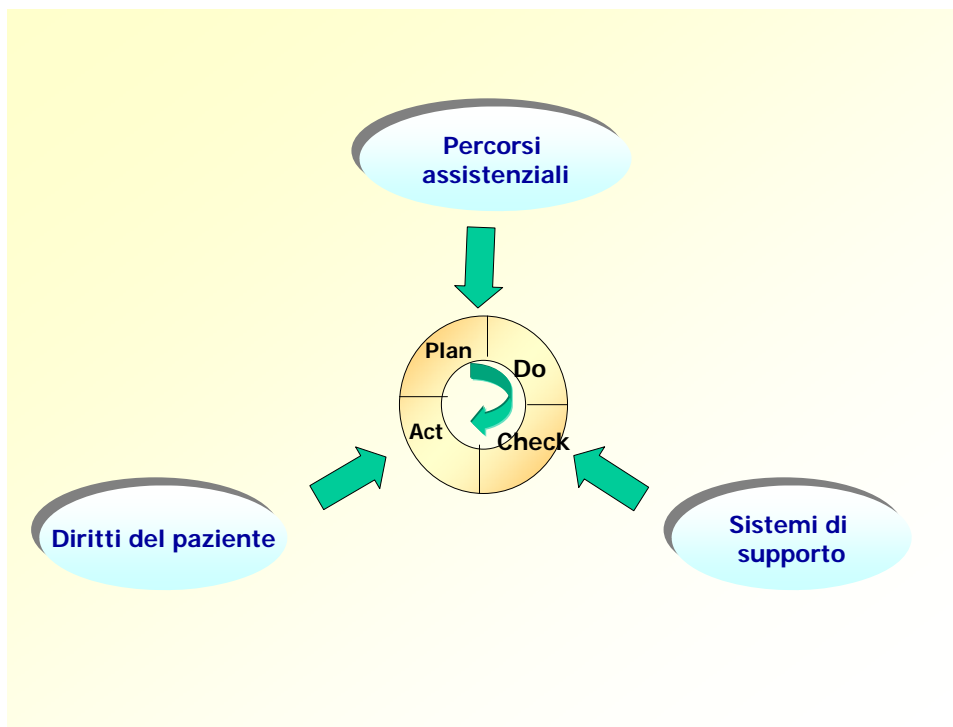
5 Le modalità del miglioramento continuo della qualità non potevano certamente essere escluse dall'elenco dei principi fondanti; superato il periodo in cui era sufficiente assicurare la qualità ora è imprescindibile il concetto del miglioramento continuo come garanzia di efficienza e di efficacia del sistema. Un sistema che non impara dai propri errori, che non rivede se stesso in funzione della contemporaneità in cui si trova difficilmente fornirà risposte adeguate.

LA STRUTTURA DEL MANUALE

Il manuale è composto da tre macroaree:

1. **diritti dei pazienti**
2. **sistemi di supporto**
3. **percorsi assistenziali.**

Ogni macroarea contiene degli elementi caratterizzanti propri, nei quali sono distribuiti i requisiti, ma tutte sono affrontate attraverso la visione del **ciclo di Deming**.

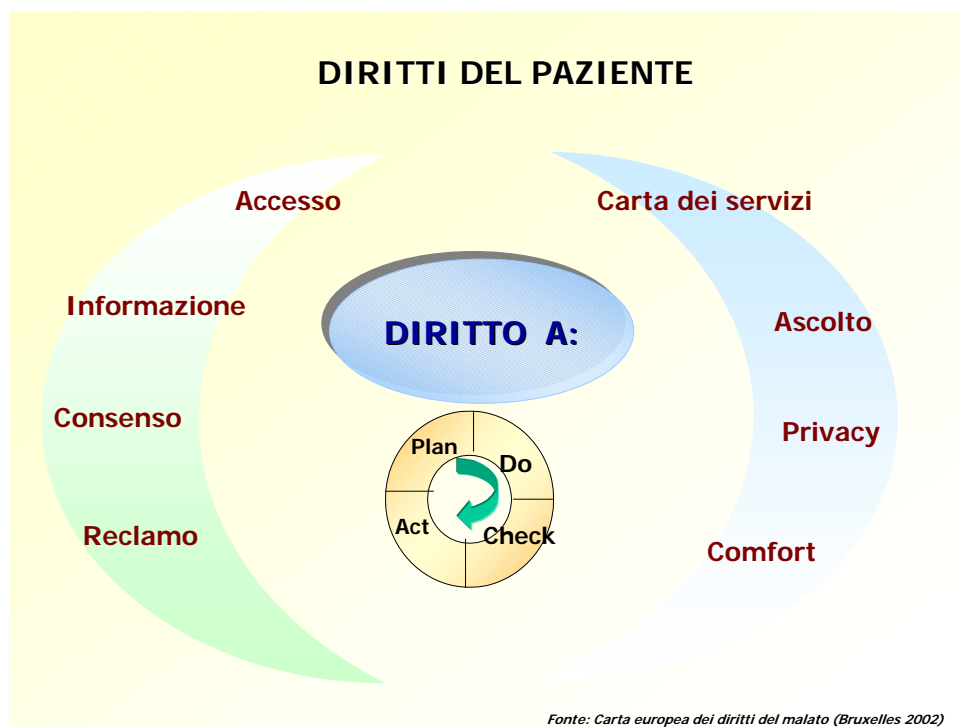


Il ciclo di Deming, come noto, è una metodologia che guida il processo di miglioramento continuativo e che si realizza attraverso un'azione ciclica basata sulla reiterazione sequenziale delle quattro fasi che costituiscono la cosiddetta ruota di Deming:

- PLAN - pianificare, preparare a fondo;
- DO - fare ciò che si è deciso nella prima fase;
- CHECK - verificare i risultati, confrontandoli con ciò che si è pianificato;
- ACT - decidere di mantenere o correggere.

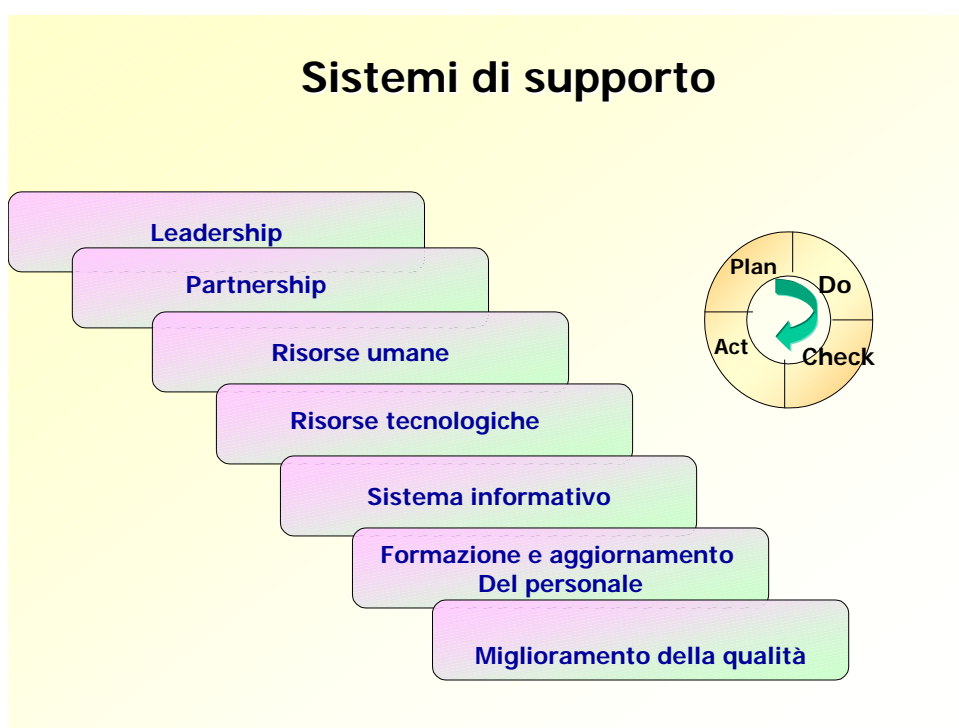
DIRITTI DEL PAZIENTE

La macroarea “ **Diritti del paziente**” contiene elementi quali: carta dei servizi, accesso, informazione, consenso, reclamo, privacy, comfort, ascolto.



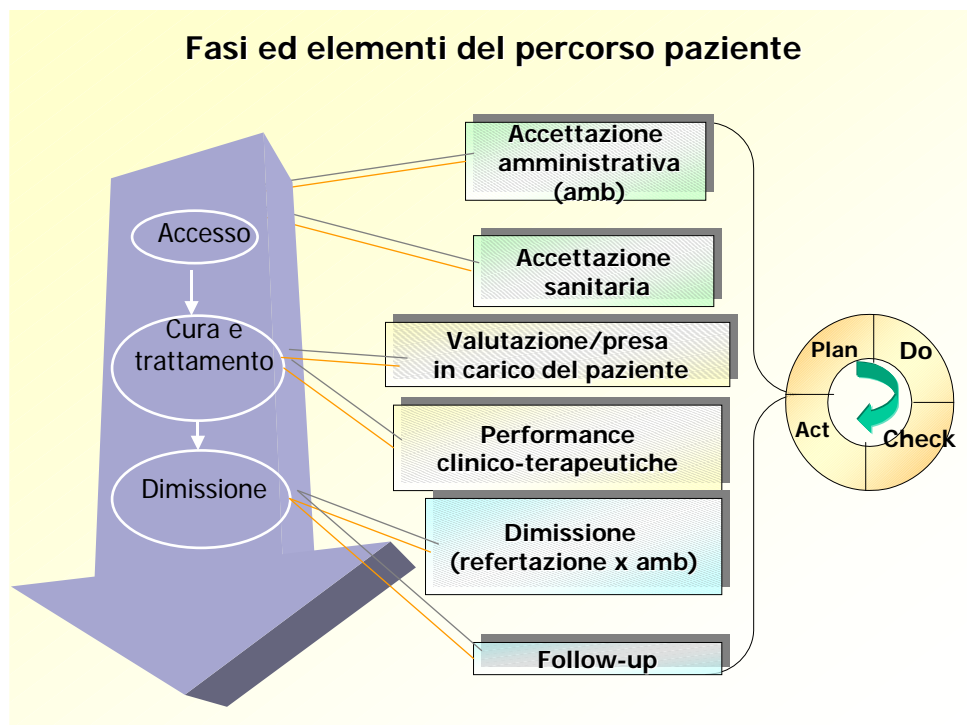
SISTEMI DI SUPPORTO

La macroarea “**Sistemi di supporto**” contiene elementi quali: leadership, partnership, risorse umane, risorse tecnologiche, sistema informativo, formazione e aggiornamento , miglioramento della qualità.



PERCORSI ASSISTENZIALI

La macroarea " **Percorsi assistenziali**" contiene fasi quali: accesso, trattamento, dimissione e follow up; ogni fase del percorso è divisa in elementi.



Nel manuale i percorsi assistenziali identificati sono:

- medicina di laboratorio
- diagnostica per immagini
- riabilitazione e recupero e rieducazione funzionale
- ambulatoriale specialistica chirurgica
- ambulatoriale specialistica medica
- paziente oncologico
- paziente con ictus
- paziente con IMA
- paziente chirurgico
- paziente nefropatico cronico
- percorso nascita

L'AGGREGAZIONE DEI REQUISITI

Il presente Manuale si rivolge a strutture, pubbliche e private, per la tipologia: ambulatoriale e di ricovero e cura (ospedale).

Ogni tipologia di struttura deve rappresentare se stessa aggregando:

- macroarea Diritti del paziente
- macroarea Servizi di supporto
- macroarea Percorsi assistenziale (in parte o per intero)

LAYOUT TABELLE

I requisiti sono inseriti in una tabella costruita rappresentando il ciclo di Deming e gli elementi specifici di ogni macroarea.

Ogni macroarea e ogni requisito è nella tabella contraddistinto da un codice.

Le **macroaree** hanno i seguenti codici alfabetici:

Diritti paziente	DP
Servizi supporto	SS
Percorso assistenziale:	
✓ medicina di laboratorio	MD
✓ diagnostica per immagini	DI
✓ ambulatorio di riabilitazione e centri di rieducazione funzionale	AR e CRF
✓ ambulatoriale specialistica chirurgica	ASC
✓ ambulatoriale specialistica medica	ASM
✓ paziente oncologico	PO
✓ paziente con ictus	PI
✓ paziente con IMA	PIMA
✓ paziente chirurgico	PC
✓ paziente nefropatico cronico	PNC
✓ percorso nascita	PN

Ogni requisito ha un codice che lo identifica rispetto alla sua posizione nel ciclo di Deming.

Esempio

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

PAZIENTE ONCOLOGICO

CODICE: PO

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Accesso	Accesso amministrativo	1P <input type="checkbox"/>	1D <input type="checkbox"/>	1C <input type="checkbox"/>	1A <input type="checkbox"/>
	Accesso sanitario	2P <input type="checkbox"/>	2D <input type="checkbox"/>	2C <input type="checkbox"/>	2A <input type="checkbox"/>
		3P <input type="checkbox"/>	3D <input type="checkbox"/>	3C <input type="checkbox"/>	3A <input type="checkbox"/>

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Presa in carico del Paziente	4P <input type="checkbox"/>	4D <input type="checkbox"/>	4C <input type="checkbox"/>	4A <input type="checkbox"/>
		5P <input type="checkbox"/>	5D <input type="checkbox"/>	5C <input type="checkbox"/>	5A <input type="checkbox"/>
	Performance Clinico-Terapeutiche	6P <input type="checkbox"/>	6D <input type="checkbox"/>	6C <input type="checkbox"/>	6A <input type="checkbox"/>
		7P <input type="checkbox"/>	7D <input type="checkbox"/>	7C <input type="checkbox"/>	7A <input type="checkbox"/>
		8P <input type="checkbox"/>	8D <input type="checkbox"/>	8C <input type="checkbox"/>	8A <input type="checkbox"/>

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Dimissione e Follow-up	Dimissione	9P <input type="checkbox"/>	9D <input type="checkbox"/>	9C <input type="checkbox"/>	9A <input type="checkbox"/>
	Follow-up	10P <input type="checkbox"/>	10D <input type="checkbox"/>	10C <input type="checkbox"/>	10A <input type="checkbox"/>

LA VALUTAZIONE

Il sistema di accreditamento prevede 2 livelli:

- Accreditamento di 1° livello (necessario per poter accedere agli accordi contrattuali)
- Accreditamento di 2° livello

Il passaggio da un livello al successivo avviene attraverso l' estensione della numerosità dei requisiti posseduti così come descritto nello "Schema possesso requisiti", di seguito presentato.

Per raggiungere il 1° livello di accreditamento sono stati identificati i requisiti che focalizzano l'attenzione sul sistema di garanzie per il paziente (carta dei servizi, consenso, privacy, sicurezza, ecc.) e sulla qualità della performance clinico-terapeutica erogata al paziente.

SCHEMA POSSESSO REQUISITI

	ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	Macroarea	Elementi	Ciclo di Deming
ACCREDITAMENTO per poter accedere agli accordi contrattuali	Transitorio	Tutte	Tutti	P
	1° LIVELLO	Diritti del paziente	Carta dei Servizi	P-D-C-A
			Consenso	P-D-C-A
			Tutto il resto	P-D
		Servizi di supporto	Miglioramento della qualità per i punti 1, 3 e 5	P-D-C-A
			Tutto il resto	P-D
		Percorso assistenziale	Presenza in carico	P-D-C
			Performance clinico-terapeutica (o altra specifica equivalente)	P-D-C
			Tutto il resto	P-D
	2° LIVELLO	Tutte	Tutti	Completamento del ciclo di Deming

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

[D.G.R. n. 2753 del 30.12.2005, Intesa Rep. n. 259/CSR del 20/12/2012 (recepita con D.G.R. n. 697 del 11 giugno 2013) e Intesa Rep. n. 32/CSR del 19 febbraio 2015 (recepita con D.G.R. n. 1471 del 17 novembre 2015)]

REVISIONE 1.0

MACROAREA DIRITTI DEL PAZIENTE

CODICE DP

Elementi/criteri	Plan	Do	Check	Act
Carta dei servizi (2.1, 5.3)	La Carta dei Servizi comprende la parte relativa a prestazioni offerte e modalità erogative, agli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini e standard per la qualità (2.1.1) E' stata redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza (5.3.1) 1P	E' stata diffusa la Carta dei Servizi. Sono stati resi disponibili materiali informativi per i pazienti e per i cittadini (2.1.1) 1D	Vengono monitorati periodicamente le modalità di erogazione del prodotto, gli impegni assunti e gli standard definiti anche con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati, del volontariato (2.1.2) 1C	Viene effettuata una revisione periodica della Carta dei Servizi anche con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati, del volontariato (2.1.2) 1A
Accesso (1.4)	E' predisposto un atto di indirizzo per regolamentare le modalità di accesso alla struttura ed ai relativi servizi sanitari e amministrativi, che garantisca: - trasparenza e aggiornamento sistematico delle liste di attesa (1.4.2) - informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie (1.4.3) 2P	Sono state applicate le procedure che regolamentano l'accesso alla struttura ed ai relativi servizi sanitari e amministrativi 2D	E' valutata l'applicazione della procedura come pianificato 2C	Sono predisposte azioni di miglioramento riguardo alle modalità di accesso alla struttura ed ai relativi servizi sanitari e amministrativi 2A
Informazione (1.6, 5.3, 5.4, 6.3)	Sono predisposti strumenti idonei a garantire: - le informazioni da fornire agli utenti/pazienti e ai suoi familiari <sulla logistica, sull'organizzazione, sugli aspetti 2P	Sono state applicate le procedure definite nella pianificazione 2D	E' verificato che gli utenti ottengono le informazioni così come pianificato ed è effettuata una valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e 2C	Sono predisposte azioni di miglioramento riguardo alle modalità di informazione all'utenza/ pazienti e caregiver (5.4.4) 2A

	<p>clinici (5.3.2), sulla donazione di organi e tessuti (5.3.4), sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (5.3.5), sulla tutela nella partecipazione a ricerche cliniche (5.3.6), sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura (5.4.1)></p> <ul style="list-style-type: none"> - la comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini (1.6.4) - l'appropriata modalità di comunicazione (6.3.6) con parenti e caregiver e paziente(5.3.3) 		caregiver (5.4.4)	
	3P <input type="checkbox"/>	3D <input type="checkbox"/>	3C <input type="checkbox"/>	3A <input type="checkbox"/>
Consenso (5.4)	<p>E' predisposto un documento formale per l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario e l'informazione partecipata del paziente (5.4.2)</p>	<p>Vengono applicate le procedure per l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario</p>	<p>Sono valutate le modalità di acquisizione del consenso informato come pianificato</p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento sulle modalità di acquisizione del consenso informato</p>
	4P <input type="checkbox"/>	4D <input type="checkbox"/>	4C <input type="checkbox"/>	4A <input type="checkbox"/>

Elementi	Plan	Do	Check	Act
Reclamo (1.6, 5.5)	Esiste un atto di indirizzo relativo alla modalità di prevenzione, raccolta, tracciabilità e gestione dei reclami/ disservizi 1.6-1.6.1 predisposto sulla base di una attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi <ad. es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente> (1.6.5, 5.5.1) 5C <input type="checkbox"/>	Sono applicate le procedure predisposte per la raccolta e la gestione dei reclami 5D <input type="checkbox"/>	È valutato il risultato della applicazione della procedura relativa alla raccolta e gestione dei reclami e delle azioni di miglioramento implementate (1.6.3) 5C <input type="checkbox"/>	Vengono predisposti interventi migliorativi sulla base delle segnalazioni e dei reclami pervenuti e delle criticità riscontrate (1.6.2, 5.5.4) 5A <input type="checkbox"/>
Privacy (2.5)	E' formalizzata una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni della documentazione 6P <input type="checkbox"/>	Sono applicate le procedure per la gestione e l'integrità della documentazione sanitaria 6D <input type="checkbox"/>	E' valutata l'applicazione delle procedure per la gestione e la integrità della documentazione; i report sono resi disponibili (2.5.5) 6C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte azioni migliorative per salvaguardare il rispetto della privacy 6A <input type="checkbox"/>
Comfort	È stato predisposto un documento in cui sono definiti gli aspetti del comfort da garantire agli utenti (fruibilità della struttura, servizi alberghieri, sanificazione, ecc.) 7P <input type="checkbox"/>	Viene applicato quanto previsto nel documento che definisce gli aspetti del comfort da garantire agli utenti 7D <input type="checkbox"/>	E' valutata periodicamente la realizzazione di quanto previsto nel documento anche attraverso la realizzazione di indagini di customer satisfaction 7C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte azioni di miglioramento sulla base della valutazione periodica effettuata 7A <input type="checkbox"/>
Ascolto (5.5)	E' predisposto un atto di indirizzo relativo alle modalità di raccolta di suggerimenti e di valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dell'utenza (5.5.3), che contenga modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti (5.5.2) 8P <input type="checkbox"/>	Vengono effettuate indagini di customer satisfaction ed utilizzati strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti (5.5.2) 8D <input type="checkbox"/>	È valutato il risultato delle indagini di customer satisfaction e diffusi sul sito web aziendale (5.5.5) 8C <input type="checkbox"/>	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di customer satisfaction e delle criticità riscontrate (5.5.4). Le misure di miglioramento sono diffuse sul sito web aziendale (5.5.5) 8A <input type="checkbox"/>

MACROAREA SERVIZI DI SUPPORTO

CODICE SS

Elementi	Plan	Do	Check	Act
Leadership (1.1, 5.1, 3.1, 6.4, 7.1)	Esiste il piano strategico aziendale contenente: a) mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, standard e responsabilità (1.1) ed obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie (1.1.1) b) potenziamento o sostituzione di impianti, edifici, necessari a garantire la sicurezza della struttura (3.1.1) c) approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa - le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori (7.1.1) - la gestione del rischio ambientale e la gestione delle infrastrutture (3.1.2) d) valorizzazione e supporto allo sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza (6.4.1) nonché la produzione e diffusione di buone pratiche (6.4.2) con il coinvolgimento del personale e dei pazienti (6.4.4)	E' stata data comunicazione e divulgazione agli operatori e messa in atto una modalità di condivisione sistematica all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento (5.1.3) Sono iscritte a bilancio le poste per l'attuazione della programmazione di cui al punto b) di 1P (3.1.1)	C'è evidenza che il piano è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative e diffuso a tutto il personale (5.1.1) ed effettuata una valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura (5.1.4) C'è evidenza di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi a incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione dei rischi (3.1.3)	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
	Sono pianificate annualmente le azioni e le attività che consentono il raggiungimento degli obiettivi strategici di budget, di attività, di qualità per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e supporto (1.1.2)	Sono attuate le azioni e le attività	E' verificato il raggiungimento degli obiettivi definiti nel piano annuale attraverso procedure ed indicatori (1.1.3)	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
Partnership (7.3)	Esiste un documento che disciplina l'organizzazione, il coordinamento e l'integrazione delle attività di assistenza – didattica – ricerca (7.3.4) con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dagli aspetti di collaborazione con altre strutture e organizzazioni	Sono attuate azioni migliorative messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione

MACROAREA SERVIZI DI SUPPORTO
CODICE SS

Elementi	Plan	Do	Check	Act
Risorse umane (1.3, 1.5, 4.2, 5.2, 5.4,)	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane 4P	Sono applicati i criteri relativi a : -reclutamento del personale, -turnover del personale, -organizzazione e gestione del personale 4D	È verificato che quanto è stato realizzato è stato attuato 4C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate 4A
	Esiste un atto che descrive i processi, contenente i criteri di attribuzione di compiti, le responsabilità (1.3) clinico-organizzative e le indicazioni per la valutazione dei dirigenti, nonché l'assegnazione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi (1.5.2) 5P	È stato formalizzato l'atto relativo alla graduazione delle funzioni e alla valutazione dei dirigenti e al mantenimento delle competenze/clinical competence 5D	È verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato, ovvero è presente un'attività documentabile di rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega da effettuare periodicamente ed in presenza di un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura (1.3.2) 5C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate 5A
	Sono pianificate indagini di soddisfazione degli operatori ed implementati processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale (5.2.2) 6P	Sono attuate le indagini sul clima organizzativo interno (5.2.1) ed identificati e facilitati momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità (5.2.3) 6D	Sono valutati i risultati delle indagini e diffusi al personale (5.2.1) 6C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di indagini di soddisfazione e segnalazione dei lavoratori 6A

	<p>E' pianificato l' inserimento, del neo assunto/trasferito comprendente anche politiche e procedure per il coinvolgimento di pazienti e caregiver (5.4.3)</p>	<p>E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/neo inserito Nella procedura, è definito un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale – neoassunto/trasferito –compreso il personale volontario (4.2.1) È formalizzato e messo in atto il processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neoassunti (4.2.2) E' adottato e messo in atto un piano di formazione strutturato sul rischio clinico ed occupazionale verso i neoassunti, entro il primo anno (4.2.3)</p>	<p>Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati. E' valutata l'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessari (4.2.4)</p>	<p>Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti</p>
	7P	7D	7C	7A

Elementi	Plan	Do	Check	Act
Formazione e aggiornamento del personale (3.1, 4.1, 5.5, 7.1, 8.1)	Esiste il piano di formazione in riferimento ai bisogni formativi e agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali con particolare riguardo al miglioramento della qualità in aree specifiche (7.1.1), al counselling e alla relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari (8.1.2) Devono essere previste tematiche, per il personale a contatto con il pubblico, sulla comunicazione, negoziazione e tecniche strutturate di gestione dei conflitti (5.5.6) Esiste il piano di formazione per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro (3.1.5) E' individuato un responsabile della formazione (4.1.1)	C' è evidenza della messa in atto del piano di formazione comprendente: - definizione degli standard di competenza per posizione, - criteri di scelta delle priorità, - monitoraggio delle competenze professionali rilevazione dei fabbisogni formativi, programmazione delle attività formative (4.1.2) Il personale è coinvolto nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento (4.1.4)	Sono presenti report di verifica tra quanto programmato e realizzato. Sono valutati i programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento E' valutata la valutazione della soddisfazione da parte del personale (4.1.3) Sono verificati i requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider (4.1.6)	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo
	8P <input type="checkbox"/>	8D <input type="checkbox"/>	8C <input type="checkbox"/>	8A <input type="checkbox"/>
Risorse tecnologiche/ Servizi (3.2, 7.2, 7.3)	E' adottato l' atto di programmazione, pianificazione, gestione ed ammortamento delle risorse tecnologiche/beni/servizi coerente con le politiche e gli obiettivi dell'organizzazione e con il coinvolgimento del personale (7.3.2)	Sono utilizzate schede per la richiesta di acquisti di beni/servizi comprendenti standard di qualità e costo dalla fase di programmazione a quella di acquisto e utilizzo. (7.2.1). Vi è la presenza formalizzata e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative (7.3.1)	Sono presenti report di valutazione dell'impatto delle nuove tecnologie sulle prestazioni eseguite e sull'organizzazione aziendale. (7.3.3)	Sono attuate azioni migliorative nella gestione dei principali beni e servizi
	9P <input type="checkbox"/>	9D <input type="checkbox"/>	9C <input type="checkbox"/>	9A <input type="checkbox"/>

	<p>È pianificato l'inventario di beni e servizi</p> <p>10P <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono attuate le procedure di gestione dell'inventario</p> <p>10D <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono presenti report di verifica sulla gestione dinamica dell'inventario di beni e servizi</p> <p>10C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono messe in atto azioni migliorative a seguito delle verifiche effettuate</p> <p>10A <input type="checkbox"/></p>
	<p>Sono pianificati l'addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo di nuovi beni/servizi, nella manutenzione e dismissione di dispositivi/apparecchi elettromedicali e la verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore (3.2.5)</p> <p>11P <input type="checkbox"/></p>	<p>E' attuato l'addestramento del personale così come pianificato</p> <p>11D <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono presenti gli attestati di addestramento del personale</p> <p>11C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono messe in atto azioni migliorative a seguito delle verifiche effettuate</p> <p>11A <input type="checkbox"/></p>
	<p>Sono attribuite le responsabilità per l'utilizzo del bene/servizio</p> <p>12P <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono utilizzate schede formalizzate per l'individuazione e l'attribuzione delle responsabilità per l'utilizzo del bene/servizio</p> <p>12D <input type="checkbox"/></p>	<p>È verificata l'attribuzione delle responsabilità</p> <p>12C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono attuate azioni di miglioramento sui risultati ottenuti con eventuale rimodulazione degli obiettivi</p> <p>12A <input type="checkbox"/></p>

MACROAREA SERVIZI DI SUPPORTO
CODICE SS

Elementi	Plan	Do	Check	Act
Risorse tecnologiche/ Servizi (3.2, 7.3)	Esiste il piano/procedura della manutenzione ordinaria e straordinaria, comunicato ai diversi livelli, che preveda (3.2.3) - la presenza delle schede tecniche a corredo delle attrezzature (3.2.2) - l'adozione di iniziative di innovazione tecnico professionale e organizzativa (7.3)	È utilizzata la scheda di richiesta manutenzione straordinaria del patrimonio immobiliare, degli impianti, delle attrezzature e gestione dei beni da dismettere. Vi è la presenza formalizzata e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione acquisizione e allocazione (7.2.1). Vi è il coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico- professionali e organizzative (7.3.2). E' effettuato il monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione – valutazione – adozione (7.3.3). Sono Sviluppate modalità di integrazione assistenza didattica – ricerca (7.3.2).	Esiste evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'attività di manutenzione/ispezioni e collaudo (3.2.4)	Sono messe in atto azioni migliorative a seguito delle verifiche effettuate
	13P	13D	13C	13A
Sistema informativo (1.4, 2.4, 2.5, 5.1)	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a: - compiti, funzioni e responsabilità - obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente (5.1.2) Tale documento consente la tracciatura dei dati sanitari e fornisce il supporto alle attività di pianificazione e controllo e che tiene conto anche del debito informativo verso il ministero della salute (NSIS) – (1.4.1)	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata e garantiscono sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia (1.4.1)	Sono attuate la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate, e la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne (1.4.4)	È predisposto il miglioramento ed l'adeguamento delle attività in ordine a variare e nuove esigenze aziendali
	14P	14D	14C	14A

	<p>Sono formalizzate procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compreso la loro integrità, nel rispetto della normativa vigente (da 2.5.1 a 2.5.4)</p> <p>15P <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione, ivi compreso la loro integrità, anche attraverso scheda/sistema informatizzato</p> <p>15D <input type="checkbox"/></p>	<p>È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report (2.5.5)</p> <p>15C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica</p> <p>15A <input type="checkbox"/></p>
	<p>Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione (2.5.3)</p> <p>16P <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono attuate procedure</p> <ul style="list-style-type: none"> - di accesso e di gestione di informazioni, - di conservazione dei dati informatici <p>16D <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici (2.5.5)</p> <p>16C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate</p> <p>16A <input type="checkbox"/></p>
	<p>È prevista una procedura di valutazione dell'idoneità degli spazi adibiti al servizio del trattamento dei dati informatici. E' formalizzata la procedura per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia (2.5.4)</p> <p>17P <input type="checkbox"/></p>	<p>È pianificata la procedura per la valutazione di idoneità degli spazi</p> <p>17D <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono valutati i report dei sopralluoghi effettuati. E' monitorata la procedura</p> <p>17C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono previste eventuali azioni di miglioramento a seguito del monitoraggio</p> <p>17A <input type="checkbox"/></p>

MACROAREA SERVIZI DI SUPPORTO

CODICE SS

Elementi	Plan	Do	Check	Act
<p>Miglioramento della qualità</p> <p>(1.2, 1.5, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 8.1)</p>	<p>E' stato pianificato il sistema di gestione qualità con particolare riferimento a:</p> <p>a) - percorsi assistenziali, formulati secondo i principi della EBP (6.1.1) e che tengano conto delle differenze di età, di genere e delle specificità etniche e linguistiche (8.1.1), nelle diverse fasi della malattia e setting assistenziali (intra ed extra ospedalieri) con individuazione della responsabilità della presa in carico e la definizione del coordinamento delle cure fino al follow up (da 2.2.1 a 2.2.4 – da 2.3.2 a 2.3.5);</p> <p>- percorsi /reti assistenziali (1.2.4) per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus,infarto, ecc.) (1.2.1) e di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge n.38/2015 (1.2.3), che contemplino l'integrazione ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) in grado di garantire continuità assistenziale in collegamento con le strutture socio-sanitarie (1.2.2)</p>	<p>Sono conosciuti (6.1.2) e attuati i percorsi assistenziali identificati garantendo la multidisciplinarietà e la partecipazione del paziente (8.1.3) nonché costante e reciproca comunicazione (1.2.2)</p>	<p>Sono verificate :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la conoscenza e l'attuazione della documentazione definita nonché relativo aggiornamento (6.1.3) da parte del personale (2.2.6, 6.1.4) - la tracciabilità della responsabilità della presa in carico, la gestione del trasferimento delle informazioni nelle fasi di consegna, trasferimenti e dimissioni (2.3.5) 	<p>Sono messe in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate</p>
	18P	18D	18C	18A

<p>b) - conoscenza e l'applicazione dei protocolli (2.2.6) , valutazione del grado di conformità delle attività svolte a protocolli e linee guida (2.4.1, 2.4.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ritorno di informazioni agli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso (2.4.5) - valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari (2.4.3) - valutazione della qualità dei servizi (1.5) e delle prestazioni con la formalizzazione di un programma e procedure (strumenti, modalità e tempi) all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti) (1.5.1) <p>19P <input type="checkbox"/></p>	<p>È presente la documentazione delle attività di valutazione di quanto pianificato (1.5.4), svolte con la partecipazione del personale (1.5.6)</p> <p>19D <input type="checkbox"/></p>	<p>Vengono monitorati anche tramite audit clinici:</p> <ul style="list-style-type: none"> -i protocolli e le linee guida applicate secondo indicatori e standard predefiniti (2.4.2); -il ritorno delle informazioni agli operatori (2.4.5); -la valutazione del percorso di cura da parte del paziente e dei familiari (2.4.3). <p>Vengono diffusi i report sulla qualità dei servizi erogati all'interno, all'esterno della struttura e in particolare all'utenza (1.5.5)</p> <p>19C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono messe in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate</p> <p>19A <input type="checkbox"/></p>
<p>c) - piano aziendale di risk management, redatto in coerenza con i rischi identificati contenente ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - infezioni correlate all'assistenza - lesioni da pressione - cadute dei pazienti - somministrazione dei farmaci e riconciliazione farmacologica - gestione dell'impatto dell'evento avverso sugli operatori (6.3.6) <p>20P <input type="checkbox"/></p>	<p>E' attuato il piano aziendale di formazione (6.3.7, 6.4.3) e gestione del rischio ed eventi avversi con azioni e responsabilità (6.2.1, 6.3.5)</p> <p>20D <input type="checkbox"/></p>	<p>E' documentata la verifica dell'attuazione del piano del rischio, della registrazione dello svolgimento di audit, secondo le metodologie di analisi disponibili in letteratura (6.3.3, 6.3.8, 6.4.3)sugli eventuali eventi avversi e near miss manifestatisi nel corso dell'episodio di cura (2.4.4, 6.3.1, 6.3.4)</p> <p>I risultati sono diffusi agli operatori (2.4.5)</p> <p>20C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito delle valutazione e verifiche effettuate</p> <p>20A <input type="checkbox"/></p>

<p>d)- programma di audit clinici su presa in carico, gestione e follow up dei pazienti sui differenti percorsi clinici (2.4.1, 2.4.2);</p> <p>- misurazione di aderenza alle linee guida, controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, mortality e morbidity review (1.5.3)</p> <p>21P <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono attuati i programmi pianificati</p> <p>21D <input type="checkbox"/></p>	<p>È verificata la congruenza tra audit effettuati rispetto a quelli programmati</p> <p>21C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche effettuate</p> <p>21A <input type="checkbox"/></p>
<p>e) - documento formalizzato che definisce</p> <p>- i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione, la verifica e criteri di revisione della cartella clinica e della documentazione sanitaria con particolare riferimento alla riconciliazione dei farmaci, alle tecnologie e alla sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali, comprensivo dei requisiti di accettabilità dei parametri (2.5.1, 2.5.2)</p> <p>- le procedure per la gestione in sicurezza della documentazione (2.5.4) e per l'accesso alla documentazione sanitaria (2.5.6) entro tempi definiti (8.1.4)</p> <p>22P <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono diffusi ed applicati i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione</p> <p>22D <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono verificate:</p> <p>- la qualità della documentazione con particolare riferimento ai parametri di accettabilità della qualità delle cartelle cliniche e della documentazione connessa al trasferimento di setting assistenziale (2.5.5)</p> <p>-la tempistica prevista per l'accesso alla documentazione sanitaria (8.1.4)</p> <p>22C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione degli audit di verifica</p> <p>22A <input type="checkbox"/></p>
<p>f) -qualità percepita dagli utenti/pazienti attraverso atti di indirizzo relativi alle modalità di raccolta di suggerimenti e di valutazione della soddisfazione dell'utenza</p> <p>23P <input type="checkbox"/></p>	<p>Vengono effettuate indagini di customer satisfaction</p> <p>23D <input type="checkbox"/></p>	<p>È valutato il risultato delle indagini di customer satisfaction</p> <p>23C <input type="checkbox"/></p>	<p>Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di customer satisfaction</p> <p>23A <input type="checkbox"/></p>
<p>g) -qualità percepita dagli operatori attraverso indagini di soddisfazione degli operatori</p> <p>24P <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono attuate le indagini sul clima organizzativo interno</p> <p>24D <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono valutati i risultati delle indagini</p> <p>24C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di indagini di soddisfazione e segnalazione dei lavoratori</p> <p>24A <input type="checkbox"/></p>

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

MEDICINA DI LABORATORIO

CODICE MD

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Accesso	Accesso amministrativo (1.4)	E' predisposto un atto di indirizzo condiviso con la committenza per il processo di accettazione 1P <input type="checkbox"/>	Sono applicate le procedure relative al processo di accettazione 1D <input type="checkbox"/>	Vengono realizzati periodici report che permettono di valutare l'applicazione delle procedure 1C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato 1A <input type="checkbox"/>
		E' stato predisposto il catalogo delle prestazioni nell'ambito della rete dei laboratori (comprendente quelle interne e le esterne eseguite in service) 2P <input type="checkbox"/>	Viene diffuso il catalogo ai clienti esterni ed interni 2D <input type="checkbox"/>	Viene controllata la diffusione e l'aggiornamento del catalogo 2C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato 2A <input type="checkbox"/>
		Sono state predisposte procedure per la gestione della documentazione sanitaria fornita dal cliente esterno/interno 3P <input type="checkbox"/>	La gestione della documentazione sanitaria fornita dal cliente esterno ed interno è attuata con registrazione cartacea e/o informatica 3D <input type="checkbox"/>	E' attuata una revisione periodica delle registrazioni al fine di valutarne la conformità a quanto pianificato 3C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato 3A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

MEDICINA DI LABORATORIO

CODICE MD

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Accesso	Eleggibilità e accesso sanitario (1.4, 2.2, 2.4)	E' predisposto un atto di indirizzo condiviso che definisce tempi e modalità di accesso al servizio (controindicazioni, urgenze, priorità, responsabilità e tracciabilità della documentazione) 4P <input type="checkbox"/>	Viene applicata la procedura che regola le modalità di accesso al servizio. 4D <input type="checkbox"/>	E' valutata la procedura attraverso reportistica periodica . E' verificata la conoscenza e l'applicazione dei protocolli 4C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato 4A <input type="checkbox"/>
		Esiste un atto di indirizzo per la raccolta del consenso informato, la corretta compilazione della richiesta di esami e della tracciabilità del campione 5P <input type="checkbox"/>	È documentata l' applicazione della procedura per la raccolta del consenso informato, la corretta compilazione della richiesta di esami e della tracciabilità del campione 5D <input type="checkbox"/>	Viene valutata attraverso una reportistica periodica l'applicazione della procedura per la raccolta del consenso informato, la corretta compilazione della richiesta di esami e della tracciabilità del campione 5C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato 5A <input type="checkbox"/>
		Esiste una procedura condivisa per la richiesta appropriata degli esami da parte dei MMG e di quelli ospedalieri (linee guida, protocolli di intesa) 6P <input type="checkbox"/>	Le richieste di esami vengono compilate tenendo presente le linee guida ed i protocolli condivisi 6D <input type="checkbox"/>	Viene valutata l'appropriatezza delle richieste attraverso riesame periodico delle stesse 6C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato 6A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

MEDICINA DI LABORATORIO

CODICE MD

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Presa in carico del paziente (2.2, 2.4)	Sono definite le procedure per la verifica ed il miglioramento continuo della qualità per la preparazione del paziente, modalità di prelievo, raccolta e trattamento. 7P	Sono applicate le procedure relative alla preparazione del paziente, modalità di prelievo, raccolta e trattamento 7D	E' verificata la conoscenza e l'applicazione dei protocolli da parte del personale. E' valutata la preparazione del paziente e il numero di ematomi da flebotomia 7C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato 7A
	Fase analitica (1.5, 2.4)	Sono definite le procedure per la verifica ed il miglioramento continuo della qualità per l'esecuzione di ogni esame 8P	Sono applicate le procedure per il miglioramento continuo delle performance analitiche : istruzioni operative, report di calibrazione, del controllo di qualità interno (CQI) ed esterno (VEQ) e della validazione del metodo 8D	Vengono verificati i dati di calibrazione, i risultati di validazione metodologica (linearità, imprecisione, bias, interferenze, sensibilità analitica) e quelli relativi al CQI e alla VEQ 8C	Sono previste ed attuate modifiche in relazione all'analisi dei dati di calibrazione del CQI e della VEQ 8A
		Sono predisposte procedure per la gestione del rischio associato ad errori pre-analitici, analitici e post-analitici 9P	Sono attuate le procedure di gestione del rischio associato ad errori pre-analitici, analitici e post-analitici 9D	E' valutata l'applicazione delle procedure di gestione del rischio associato ad errori pre-analitici, analitici e post-analitici (es. incident reporting) 9C	Sono predisposte ed attuate azioni correttive delle non conformità 9A

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

MEDICINA DI LABORATORIO

CODICE MD

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Dimissione e Follow-up	Refertazione (2.3, 2.4, 2.5)	E' predisposto un atto di indirizzo per definire il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, la loro correzione conservazione e archiviazione 10P	Sono applicate le procedure che definiscono il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, la loro correzione e archiviazione 10D	E' verificato che i referti riportino quanto dichiarato, il rispetto dei tempi di consegna e dell'archiviazione secondo quanto dichiarato 10C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure per la completezza dei referti e dei tempi di consegna 10A
		Esistono procedure o protocolli concordati con chi ha il ruolo di committenza che definiscano circostanze, tipologia di pazienti e modalità di chiamata di coloro per i quali sono necessarie rivalutazioni diagnostiche 11P	Sono applicate le procedure e/o i protocolli concordati per la rivalutazione diagnostica attraverso la registrazione delle rivalutazioni programmate 11D	E' valutata l'applicazione delle procedure e/o dei protocolli concordati mediante report periodici 11C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure e/o dei protocolli concordati 11A

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

CODICE DI

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Accesso	Accesso amministrativo (1.4)	Sono state predisposte procedure condivise con la committenza per il processo di accettazione amministrativa 1P <input type="checkbox"/>	E' verificata la conoscenza e l'applicazione delle procedure di gestione del processo di accettazione amministrativa (compilazione di un format, ecc...) 1D <input type="checkbox"/>	E' valutata l'applicazione delle procedure di accettazione amministrativa (reports periodici, ecc...) 1C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per le carenze riscontrate 1A <input type="checkbox"/>
		Sono state predisposte procedure per la gestione delle liste di attesa 2P <input type="checkbox"/>	La gestione delle liste di attesa è attuata attraverso registrazione cartacea o supporto informatico 2D <input type="checkbox"/>	E' valutata l'applicazione delle procedure per la gestione delle liste di attesa (revisione periodica, ecc...) 2C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per le carenze riscontrate 2A <input type="checkbox"/>
		Sono state predisposte procedure per la gestione della documentazione sanitaria fornita dal cliente interno ed esterno 3P <input type="checkbox"/>	La gestione della documentazione sanitaria fornita dal cliente esterno ed interno è attuata con registrazione cartacea o supporto informatico 3D <input type="checkbox"/>	E' valutata l'applicazione delle procedure per la gestione della documentazione sanitaria fornita dal cliente interno ed esterno (revisione periodica, audit) 3C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per le carenze riscontrate 3A <input type="checkbox"/>
	Eleggibilità e accesso sanitario (2.3, 2.4, 2.5)	E' stata predisposta una procedura condivisa per definire tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni cliniche (priorità, ecc...) 4P <input type="checkbox"/>	E' documentata l'applicazione della procedura che definisce tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni cliniche 4D <input type="checkbox"/>	E' monitorata l'applicazione delle procedure di gestione dell'accesso sanitario; sono predisposti report di ritorno al personale coinvolto (2.4.2) 4C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte ed attuate azioni correttive per le carenze riscontrate 4A <input type="checkbox"/>
		Esiste una procedura per la corretta compilazione della cartella clinica/scheda paziente 5P <input type="checkbox"/>	E' documentata l'applicazione della procedura per la corretta compilazione della cartella clinica/scheda paziente 5D <input type="checkbox"/>	E' valutata attraverso reportistica periodica l'applicazione della procedura per la corretta compilazione della cartella clinica/scheda paziente 5C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la corretta compilazione della cartella clinica/scheda paziente 5A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

CODICE DI

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Presa in carico del Paziente (2.2, 2.3)	E' stata predisposta una procedura condivisa per la presa in carico del paziente, la valutazione e la preparazione all'esame diagnostico con attribuzione della responsabilità della presa in carico (2.2.2, 2.2.3, 2.3.4) 6P <input type="text"/>	E' tracciabile la procedura di presa in carico all'interno della procedura sanitaria (2.2.4) ed è documentata la valutazione del paziente alla preparazione dell'esame diagnostico 6D <input type="text"/>	E' attuata una revisione periodica dell'aderenza alla procedura pianificata 6C <input type="text"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento utilizzando i dati delle revisioni 6A <input type="text"/>
	Performance Clinico-Terapeutiche (1.5, 2.2, 2.4)	E' predisposta una procedura per la raccolta del consenso informato 7P <input type="text"/>	E' applicata la procedura pianificate per la raccolta del consenso informato 7D <input type="text"/>	E' monitorata l'applicazione della procedura di raccolta del consenso informato 7C <input type="text"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per le carenze riscontrate 7A <input type="text"/>
		Sono formalizzati i protocolli per l'eleggibilità dei pazienti e le procedure e/o linee-guida EBP per la corretta esecuzione degli esami diagnostici (2.2.1, 2.2.2) 8P <input type="text"/>	Sono applicati i protocolli e le procedure e/o le linee-guida per la corretta esecuzione degli esami diagnostici 8D <input type="text"/>	E' valutata l'applicazione dei protocolli e delle procedure e/o linee-guida EBP attraverso indagini ad hoc (n. di esami ripetuti, controlli doppio-cieco, ecc) e la qualità dell'assistenza (2.4.1, 2.4.2) 8C <input type="text"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento 8A <input type="text"/>
		Sono predisposte procedure per la gestione del rischio per lo specifico percorso paziente in coerenza con il piano aziendale di prevenzione del rischio 9P <input type="text"/>	Sono attuate le procedure di gestione del rischio 9D <input type="text"/>	E' valutata l'applicazione delle procedure di gestione del rischio (es. incident reporting, analisi eventi avversi, near miss manifesti durante l'episodio di cura) (2.4.4, 2.4.5) 9C <input type="text"/>	Sono predisposte ed attuate azioni correttive delle non conformità 9A <input type="text"/>

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

CODICE DI

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Dimissioni e Follow-Up	Refertazione (2.5)	Sono predisposte procedure per definire i tempi attesi per la refertazione 10P	Sono applicate le procedure per definire i tempi attesi per la refertazione (ad es. riportando la data di refertazione) 10D	E' valutata l'applicazione delle procedure per il rispetto dei tempi di attesa programmati per la refertazione (es. attraverso l'analisi statistica periodica) 10C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento 10A
		Esiste un atto di indirizzo per definire le modalità di compilazione, consegna dei referti e l'archiviazione degli stessi 11P	Le modalità di consegna e l'archiviazione dei referti sono attuate attraverso registrazione cartacea e/o informatica 11D	E' attuata una revisione periodica delle registrazioni al fine di valutarne la conformità a quanto pianificato 11C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento 11A
	Follow-Up (2.3)	Esistono procedure e/o protocolli concordati con la committenza che definiscano tipologia di pazienti e modalità di chiamata di coloro per i quali sono necessarie rivalutazioni diagnostiche 12P	Sono applicate le procedure e/o i protocolli concordati per la rivalutazione diagnostica (es. attraverso la registrazione delle rivalutazioni programmate) 12D	E' valutata l'applicazione delle procedure e/o dei protocolli concordati (es. reports , rendicontazioni, verbali, ecc...) 12C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento 12A

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE E CENTRI DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE

CODICE AR

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Accesso	Accesso amministrativo (1.4, 2.4)	Esiste una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa e per il coinvolgimento e l'informazione della committenza, ivi compreso MMG e PLS (2.4.6) 1P	È attuata la procedura per l'accettazione e per il coinvolgimento della committenza 1D	Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi 1C	Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa, per ridurre le code e per migliorare il rapporto di comunicazione con l'utente 1A
	Eleggibilità e Accesso sanitario (1.4, 2.2, 2.3, 2.4)	Esiste un atto di indirizzo condiviso per definire tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni cliniche (controindicazioni, priorità, ecc...), alla tracciabilità della presa in carico (2.3.3, 2.3.4) e al coinvolgimento e alla informazione della committenza, ivi compreso MMG e PLS (2.4.6) 2P	- E' applicata la procedura che definisce tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni cliniche, - è documentato il trasferimento delle informazioni al personale all'interno del processo di cura (2.2.5) 2D	Sono valutati periodicamente e diffusi al personale i report (derivanti dall'utilizzo di check list) sulla applicazione della procedura, (2.4.5) E' verificata la conoscenza da parte del personale di protocolli e linee guida (2.2.6) 2C	Sono previste azioni di miglioramento per le carenze riscontrate 2A

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE E CENTRI DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

Ambulatorio di riabilitazione

CODICE AR

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Presa in carico del Paziente (2.2, 2.3, 2.4, 5.4)	Esiste una procedura che consente all'utente (o agli aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni e che identifichi per ogni paziente un case manager responsabile del percorso 3P	Viene attuata la procedura, a tale scopo i piani di trattamento devono contenere informazioni su: - valutazioni cliniche ambientali e strumentali - interventi riabilitativi - risultati attesi - operatori coinvolti 3D	Vengono valutati periodicamente i report sulla applicazione della procedura ivi compresa la valutazione del percorso da parte dei pazienti 3C	Vengono predisposte delle azioni correttive 3A
		Sono definiti i criteri di: - costituzione del team multidisciplinare e multiprofessionale per tipologia di paziente - messa a disposizione degli operatori della documentazione sanitaria del paziente (2.3.6) E' tracciata la presa in carico all'interno della documentazione sanitaria (2.2.4) 4P	Sono applicati i criteri di costituzione del team riabilitativo la documentazione sanitaria e resa disponibile, 4D	Vengono valutati periodicamente i report sull'applicazione dei criteri. E' valutato il grado di conformità del percorso anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari. (da 2.4.1 a 2.4.3) 4C	Vengono predisposte delle azioni correttive 4A

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Performance Clinico- Terapeutiche (1.2, 1.5, 2.2, 2.3)	<p>Sono definiti i protocolli diagnostico – terapeutici per le principali patologie trattate consultabili da tutti coloro che intervengono nel trattamento</p> <p>5P <input type="checkbox"/></p>	<p>Vengono applicati i protocolli diagnostico – terapeutici sono regolarmente consultati ed applicati</p> <p>5D <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono periodicamente monitorate la modalità di consultazione e l'applicazione dei protocolli anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.2.6 , 2.4.1, 2.4.2) e 2.4.3). I report sono diffusi al personale interessato (2.4.5)</p> <p>5C <input type="checkbox"/></p>	<p>Vengono predisposte delle azioni correttive</p> <p>5A <input type="checkbox"/></p>
		<p>E' pianificata la realizzazione di un progetto riabilitativo individuale multidisciplinare e multiprofessionale compresa la individuazione del coordinatore del caso (da 2.2.1 a 2.2.5), la continuità dell'assistenza (2.3.2) e il coordinamento delle cure (2.3.3, 2.3.4)</p> <p>6P <input type="checkbox"/></p>	<p>E' attuato il progetto individuale multidisciplinare e multiprofessionale</p> <p>6D <input type="checkbox"/></p>	<p>Viene eseguita una revisione del progetto riabilitativo attraverso l'auditing e la comparazione con le evidenze scientifiche I risultati sono condivisi con il team di assistenza (2.4.5.) con i pazienti e familiari.</p> <p>6C <input type="checkbox"/></p>	<p>Vengono predisposte delle azioni correttive</p> <p>6A <input type="checkbox"/></p>
		<p>Esiste una procedura per l'attivazione della erogazione dei materiali protesici</p> <p>7P <input type="checkbox"/></p>	<p>E' attuata la procedura per l'attivazione della erogazione protesi</p> <p>7D <input type="checkbox"/></p>	<p>Viene effettuato il controllo periodico per verificare la registrazione delle autorizzazioni</p> <p>7C <input type="checkbox"/></p>	<p>Vengono predisposte delle azioni correttive</p> <p>7A <input type="checkbox"/></p>

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE E CENTRI DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

Ambulatorio di riabilitazione

CODICE AR

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Dimissione e Follow-up	Dimissione (1.2, 2.3, 2.4)	Esiste una procedura che, a conclusione del progetto riabilitativo, garantisca l'eventuale proseguimento delle cure e/o inserimento in una rete di servizi 8P <input type="checkbox"/>	Viene attuata la procedura che garantisca, a conclusione del ciclo terapeutico, l'eventuale prosieguo di cure e/o inserimento in una rete di servizi anche attraverso una relazione scritta al medico curante per il passaggio di informazioni 8D <input type="checkbox"/>	Viene valutata la comprensione del paziente e dei familiari riguardo ai contenuti della lettera di dimissione 8C <input type="checkbox"/>	Vengono effettuate azioni correttive per le carenze riscontrate 8A <input type="checkbox"/>
	Follow-up	Esiste una procedura per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow – up 9P <input type="checkbox"/>	Viene attuata la procedura riguardante il follow-up 9D <input type="checkbox"/>	Esiste un monitoraggio per la valutazione della validità del follow – up 9C <input type="checkbox"/>	Vengono effettuate azioni correttive per le carenze riscontrate 9A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE E CENTRI DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

Centri di rieducazione funzionale

CODICE CRF

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Accesso	Accesso amministrativo (1.4, 2.4)	Esiste una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa e per il coinvolgimento e l'informazione della committenza, ivi compreso MMG e PLS (2.4.6) 1P	È attuata la procedura per l'accettazione e per il coinvolgimento della committenza 1D	Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi 1C	Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa, per ridurre le code e per migliorare il rapporto di comunicazione con l'utente 1A
	Eleggibilità e Accesso sanitario (1.4, 2.2, 2.4)	Esiste un atto di indirizzo condiviso per definire tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni cliniche (controindicazioni, priorità, ecc...), alla tracciabilità della presa in carico (2.2.3, 2.2.4), al coinvolgimento e all'informazione della committenza, ivi compreso MMG e PLS (2.4.6) 2P	Sono applicate le procedure previste nell'atto di indirizzo. E' documentato il trasferimento delle informazioni sanitarie all'interno del processo di cura (2.2.5) 2D	Sono valutati periodicamente e diffusi al personale i report (derivanti da check list) sull'applicazione della procedura (2.4.5) E' verificata la conoscenza da parte del personale di protocolli e linee guida 2C	Sono previste azioni di miglioramento per le carenze riscontrate 2A

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE E CENTRI DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

Centri di rieducazione funzionale

CODICE CRF

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Presa in carico del Paziente (2.2, 2.4)	<p>Sono definiti protocolli per la gestione del percorso assistenziale (2.2.2.)</p> <p>Esiste un catalogo delle prestazioni erogate in relazione al nomenclatore tariffario ed ai LEA regionali</p> <p>3P <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono attuati i percorsi pianificati</p> <p>Viene reso disponibile il catalogo delle prestazioni con relative tariffe ed eventuali limitazioni imposte dalla Regione</p> <p>3D <input type="checkbox"/></p>	<p>E' valutato il grado di aderenza a protocolli e linee guida (2.4.1)</p> <p>Viene effettuata la verifica periodica del catalogo delle prestazioni e della qualità delle prestazioni erogate con ritorno anche agli operatori(2.4.2)</p> <p>ivi compresa la valutazione del percorso da parte dei pazienti (2.4.3)</p> <p>3C <input type="checkbox"/></p>	<p>Vengono predisposte delle azioni correttive</p> <p>3A <input type="checkbox"/></p>
	Performance terapeutico- riabilitativa (2.2, 2.4)	<p>Sono definiti criteri per l'attribuzione della responsabilità del caso, (2.2.3) con tracciabilità della presa in carico (2.2.4)</p> <p>4P <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono applicati i criteri per l'attribuzione della responsabilità e della tracciabilità</p> <p>4D <input type="checkbox"/></p>	<p>Vengono valutati periodicamente e diffusi i report sulla applicazione dei criteri (2.4.2)</p> <p>4C <input type="checkbox"/></p>	<p>Vengono predisposte delle azioni correttive</p> <p>4A <input type="checkbox"/></p>

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

AMBULATORIALE SPECIALISTICA CHIRURGICA

CODICE ASC

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Accesso	Accesso amministrativo (1.4, 2.4)	Esiste una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa e per il coinvolgimento e l'informazione della committenza, ivi compreso MMG e PLS (2.4.6) 1P <input type="checkbox"/>	È attuata la procedura per l'accettazione e per il coinvolgimento della committenza 1D <input type="checkbox"/>	Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi 1C <input type="checkbox"/>	Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa 1A <input type="checkbox"/>
	Eleggibilità Accesso sanitario (2.2, 2.4, 2.5) e	Esiste una procedura per la gestione della cartella/scheda sanitaria, coerente con le disposizioni del punto 22P della macroarea SS (da 2.5.1. a 2.5.4). Sono definiti i tempi di accesso alla documentazione sanitaria (2.5.6) 2P <input type="checkbox"/>	E' attuata la procedura di gestione della cartelle/scheda sanitaria 2D <input type="checkbox"/>	E' valutata l'applicazione della procedura) ivi compresa la valutazione della tenuta della documentazione sanitaria e dei tempi di accesso 2C <input type="checkbox"/>	Vengono predisposte delle azioni correttive 2A <input type="checkbox"/>
		Esistono procedure relative a: - esami clinico-strumentali di preparazione alle prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale - presa in carico del paziente (2.2.3) - attribuzione della responsabilità del caso (2.2.4) -condivisone delle informazioni tra gli operatori sanitari del caso (2.2.5) 3P <input type="checkbox"/>	Sono applicate le procedure relative agli esami clinico-strumentali previsti per le prestazioni ambulatoriali; le informazioni sono condivise con gli operatori interessati al processo di cura (2.2.5), la presa in carico (2.2.3) e la responsabilità del caso è tracciata nella documentazione sanitaria (2.2.4) 3D <input type="checkbox"/>	Sono valutate le procedure; i report sono diffusi agli operatori (2.4.5) 3C <input type="checkbox"/>	Sono previste azioni di miglioramento organizzativo 3A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

AMBULATORIALE SPECIALISTICA CHIRURGICA

CODICE

ASC

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Presa in carico del Paziente (1.5, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5)	Esistono procedure per la raccolta del consenso informato, per la riservatezza delle informazioni (2.5.3) e il coinvolgimento dei pazienti/familiari nel processo di cura (2.4.3) 4P	Sono attuate le procedure definite; 4D	Sono valutati i report per la verifica della corretta raccolta 4C	Sono intraprese azioni di miglioramento 4A
		Sono definiti i protocolli diagnostico – terapeutici per le prestazioni chirurgiche ambulatoriali trattate 5P	Vengono applicati i protocolli diagnostico – terapeutici, sono adottate modalità strutturate 5D	Viene eseguita una revisione periodica dei protocolli diagnostico- terapeutici e della qualità dell'assistenza con il coinvolgimento degli operatori (2.4.2) e dei pazienti (2.4.3) 5C	Vengono predisposte delle azioni correttive 5A
	Performance Clinico- Terapeutiche (2.2, 2.4)	E' predisposto il piano di risk management, redatto in coerenza con i rischi identificati contenente ad almeno : - infezioni del sito operatorio (ISO) - lotto di strumentazione chirurgica (tracciabilità) 6P	Sono attuate le attività di gestione del rischio 6D	E' valutata l'attività relativa alla gestione del rischio attraverso specifica reportistica e/o documentazione su eventi avversi e near miss manifestati nel processo di cura (2.4.4.). Presenza di report degli audit e loro diffusione tra gli operatori (2.4.5) 6C	Sono predisposte azioni di miglioramento organizzativo per la prevenzione dell'evento avverso 6D
		E' pianificata la gestione dell'emergenza 7P	E' attuata la partecipazione ai corsi di formazione di BLS o RCP del personale sanitario 7D	Sono sottoposte a revisione periodica le procedure per l'emergenza 7C	Sono predisposte azioni di miglioramento 7D

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

AMBULATORIALE SPECIALISTICA CHIRURGICA

CODICE ASC

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Dimissione e Follow-up	Dimissione (1.2, 2.3, 2.4)	Esiste una procedura per la gestione delle informazioni fornite all'utente sul proseguimento delle cure e per il coinvolgimento dei MMG (2.4.6) 8P <input type="checkbox"/>	Viene attuata la procedura di gestione delle informazioni 8D <input type="checkbox"/>	Viene valutata la comprensione dell'utente riguardo il proseguimento delle cure 8C <input type="checkbox"/>	Vengono effettuate azioni correttive per le carenze riscontrate 8A <input type="checkbox"/>
		Esiste una procedura che garantisca l'eventuale accesso ad un altro livello di assistenza sanitaria; sono definiti i collegamenti funzionali tra servizi (2.3.4); sono adottate modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni (2.3.5) 9P <input type="checkbox"/>	La procedura di accesso ad un altro livello è condivisa con i rispettivi livelli di responsabilità 9D <input type="checkbox"/>	Viene eseguita una revisione periodica della procedura 9C <input type="checkbox"/>	Vengono predisposte delle azioni correttive 9A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

AMBULATORIALE SPECIALISTICA MEDICA

CODICE ASM

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Accesso	Accesso Amministrativo (1.4, 2.4)	Esiste una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa e per il coinvolgimento e l'informazione della committenza, ivi compreso MMG e PLS (2.4.6) 1P <input type="checkbox"/>	È attuata la procedura per l'accettazione e per il coinvolgimento della committenza 1D <input type="checkbox"/>	Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi 1C <input type="checkbox"/>	Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa 1A <input type="checkbox"/>
	Eleggibilità e Accesso sanitario (2.2, 2.4, 2.5)	Esiste una procedura per la gestione della cartella/scheda sanitaria, coerente con le disposizioni del punto 22P della macroarea SS (da 2.5.1. a 2.5.4). Sono definiti i tempi di accesso alla documentazione sanitaria (2.5.6) 2P <input type="checkbox"/>	E' attuata la procedura di gestione della cartelle/scheda sanitaria 2D <input type="checkbox"/>	E' valutata l'applicazione della procedura) ivi compresa la valutazione della tenuta della documentazione sanitaria e dei tempi di accesso 2C <input type="checkbox"/>	Vengono predisposte delle azioni correttive 2A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

AMBULATORIALE SPECIALISTICA MEDICA

CODICE ASM

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Presa in carico del paziente (2.5)	Esiste una procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dall'utente per la riservatezza delle informazioni (2.5.3) 3P <input type="checkbox"/>	E' attuata la procedura di gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dall'utente e per la riservatezza delle informazioni (2.5.3) 3D <input type="checkbox"/>	E' valutata l'applicazione della procedura 3C <input type="checkbox"/>	Vengono predisposte delle azioni correttive 3A <input type="checkbox"/>
	Performance Clinico- Terapeutica (2.2, 2.3)	Sono definiti i protocolli diagnostico – terapeutici per le principali patologie trattate con individuazione della responsabilità della presa in carico, il coordinamento delle cure e la gestione delle informazioni (da 2.2.1 a 2.2.5) 4P <input type="checkbox"/>	Vengono applicati i protocolli diagnostico – terapeutici ; le informazioni sono condivise con gli operatori interessati al processo di cura (2.2.5) , la presa in carico (2.2.3) e la responsabilità del caso sono tracciate nella documentazione sanitaria (2.2.4) 4D <input type="checkbox"/>	E' valutata l'applicazione dei protocolli e la qualità dell'assistenza anche tramite audit E' verificata la conoscenza e l'applicazione delle procedure da parte del personale (2.2.6) 4C <input type="checkbox"/>	Vengono predisposte delle azioni correttive 4A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE

AMBULATORIALE SPECIALISTICA MEDICA

CODICE ASM

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Dimissione e Follow-up	Dimissione (1.2, 2.3)	Esiste una procedura per la gestione delle informazioni fornite all'utente sul proseguimento delle cure 5P <input type="checkbox"/>	Viene attuata la procedura di gestione delle informazioni 5D <input type="checkbox"/>	Viene valutata la comprensione dell'utente riguardo il proseguimento delle cure 5C <input type="checkbox"/>	Vengono effettuate azioni correttive per le carenze riscontrate 5A <input type="checkbox"/>
		Esiste una procedura che garantisca l'eventuale accesso ad un altro livello di assistenza sanitaria 6P <input type="checkbox"/>	La procedura di accesso ad un altro livello è condivisa con i rispettivi livelli di responsabilità, sono definite modalità per il trasferimento delle informazioni alle dimissioni (2.3.5) 6D <input type="checkbox"/>	Viene eseguita una revisione periodica della procedura 6C <input type="checkbox"/>	Vengono predisposte delle azioni correttive 6A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSI ASSISTENZIALI

PAZIENTE ONCOLOGICO

CODICE PO

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Accesso	Accesso amministrativo (1.4)	Esistono procedure e responsabilità formalizzate per i processi di accettazione, di gestione del comfort per gli utenti e delle liste d'attesa. 1P <input type="checkbox"/>	Vengono effettuate registrazioni dell'accettazione e/o dei tempi di attesa 1D <input type="checkbox"/>	Vengono valutati i report sul rispetto dei tempi di attesa dichiarati e sulla completezza della registrazione dei dati del paziente 1C <input type="checkbox"/>	Sono intraprese azioni di miglioramento per i processi di accettazione e riduzione delle liste di attesa 1A <input type="checkbox"/>
	Eleggibilità e Accesso sanitario (1.2, 2.3)	E' pianificata la priorità di accesso a trattamenti urgenti, radicali e/o integrati 2P <input type="checkbox"/>	E' attuata la procedura per la priorità di accesso a trattamenti urgenti, radicali e/o integrati 2D <input type="checkbox"/>	Vengono valutati e i report sulla tempistica di accesso alle prestazioni dei pazienti urgenti e programmati per diagnosi e terapie 2C <input type="checkbox"/>	Sono intraprese azioni di miglioramento 2A <input type="checkbox"/>
		E' pianificato il collegamento funzionale per la continuità dell'assistenza tra: – strutture sanitarie regionali; – i medici di base è pianificata la messa a disposizione della documentazione sanitaria agli operatori interessati al caso (2.3.6) 3P <input type="checkbox"/>	Sono attuate le procedura di collegamento funzionale tra strutture appropriate per la presa in carico del paziente 3D <input type="checkbox"/>	Vengono valutati i report su riunioni organizzative/gestionali 3C <input type="checkbox"/>	Sono intraprese azioni di miglioramento 3A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PAZIENTE ONCOLOGICO

CODICE PO

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Presa in carico del Paziente (1.5, .2.2, 2.3, 2.4, 5.1)	Esistono protocolli condivisi tra operatori (oncologi, chirurghi, radioterapisti, terapisti del dolore, ecc...) almeno per le patologie più frequenti con attribuzione della responsabilità della presa in carico e la definizione del coordinamento del caso fino al follow up ivi compreso il trasferimento delle informazioni tra operatori (da 2.2.1 a 2.2.5) 4P	Sono attuati protocolli condivisi tra operatori; la documentazione sanitaria del paziente è disponibile agli operatori del caso (2.3.6) 4D	sono eseguiti audit sull'attuazione di protocolli condivisi tra operatori; i risultati degli audit sono diffusi tra gli operatori che partecipano al percorso 4C	Vengono attuate azioni di miglioramento in base a quanto riscontrato 4A
	Performance Clinico- Terapeutiche (1.5, 2.2, 2.4, 2.5, 5.3)	Sono previste procedure e/o linee guida diagnostico/terapeutiche con evidenza EBP 5P	Sono attuate procedure e/o linee guida diagnostico/terapeutiche nelle diverse fasi del percorso assistenziale intra ed extra ospedaliero (2.2.2) 5D	Sono attuati audit di verifica per l'applicazione di LG e/o procedure diagnostico /terapeutiche secondo EBP 5C	Vengono attuate azioni preventive e correttive per i problemi riscontrati (es. revisione periodica delle procedure in relazione all'EBP) 5A
		E' pianificata la gestione del rischio relativa almeno a trattamenti: - chirurgici - radioterapici - chemioterapici 6P	Sono registrate i principali eventi avversi, incidenti e near miss relativi ai trattamenti: - chirurgici - radioterapici - chemioterapici 6D	Sono valutati e sono diffusi a tutti gli operatori i report di monitoraggio degli eventi avversi (2.4.5) 6C	Sono intraprese azioni di miglioramento 6A

		Esistono procedure per il consenso informato agli specifici interventi diagnostico/ terapeutici e per la riservatezza delle informazioni (2.5.3) 7P <input type="checkbox"/>	Sono registrati i consensi informati per gli interventi specifici 7D <input type="checkbox"/>	Sono valutati i report sull'applicazione del consenso informato; i report sono condivisi con il personale interessato (2.4.5) 7C <input type="checkbox"/>	Sono intraprese azioni di miglioramento 7A <input type="checkbox"/>
		E' pianificata l'attività di : -sostegno psicologico -terapia del dolore 8P <input type="checkbox"/>	Sono attuati: - il sostegno psicologico - la terapia del dolore 8D <input type="checkbox"/>	E' valutata l'attività pianificata ed attuata 8C <input type="checkbox"/>	Sono intraprese azioni di miglioramento 8A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PAZIENTE ONCOLOGICO

CODICE PO

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Dimissione e Follow-up	Dimissione (1.2, 2.3, 2.4)	Esiste una pianificazione della dimissione del paziente che coinvolga il medico di medicina generale e le strutture interessate nella presa in carico del paziente, anche in fase terminale 9P <input type="checkbox"/>	Sono fornite al paziente le indicazioni appropriate su: - lettera di dimissione al MMG - strutture di riferimento - modalità dei controlli - modalità di accesso preferenziale 9D <input type="checkbox"/>	E' verificata l'effettiva completezza delle informazioni date (es. gestione di terapie, protesi/ausili ecc...) anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) 9C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte azioni di miglioramento 9A <input type="checkbox"/>
	Follow-Up (1.2, 2.3)	È pianificato il follow-up per patologia 10P <input type="checkbox"/>	Sono applicate le procedure per il follow-up 10D <input type="checkbox"/>	Esiste un monitoraggio dei pazienti in follow-up 10C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte azioni di miglioramento 10A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PAZIENTE CON ICTUS

CODICE PI

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Accesso	Accesso amministrativo (1.4)	Esistono procedure che definiscano le modalità di registrazione dei dati anagrafici e clinico-strumentali del paziente 1P	Sono registrati i dati anagrafici e clinico-strumentali del paziente 1D	Sono valutati periodicamente contenuto e completezza dei dati anagrafici e clinico-strumentali 1C	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo per correggere incompletezze nella registrazione dei dati 1A
	Eleggibilità e accesso sanitario (1.2, 1.5, 2.2, 2.3, 2.4)	Esistono documenti condivisi tra territorio e ospedale che garantiscano la continuità assistenziale a partire dall'allertamento compresa la responsabilità della presa in carico (2.2.1, a 2.2.3, 2.3.2) 2P	Sono applicati i documenti condivisi tra territorio e ospedale che garantiscano la continuità assistenziale comprese le modalità per il trasferimento delle informazioni (da 2.3.2 a 2.3.6) anche ai MMG (2.4.6) 2D	E' valutata periodicamente l'aderenza al protocollo di assistenza del paziente in emergenza cerebrovascolare tramite anche audit clinici (2.4.2) Sono diffusi i risultati degli audit agli operatori (2.4.2, 2.4.5) Il percorso è valutato anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) 2C	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo di aderenza ai protocolli condivisi 2A

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PAZIENTE CON ICTUS

CODICE PI

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Presa in carico del Paziente (1.5, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4)	Esistono delle procedure per la gestione dell'emergenza cerebrovascolare conformi all'EBP nei setting intra ed extra ospedalieri (2.1.2., 2.2.2)	Sono applicate le procedure per la corretta gestione dell'emergenza cerebrovascolare	Sono valutate la conoscenza e l'applicazione delle procedure per la gestione dell'emergenza cerebrovascolare da parte degli operatori (2.2.6,2.4.1, 2.4.2) Sono diffusi agli operatori interessati i report degli audit (2.4.2, 2.4.5)	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'applicazione parziale e/o non conforme alle procedure pianificate
		Sono formalizzate procedure per la presa in carico dei pazienti con diagnosi di stroke che stabiliscano responsabilità della presa in carico (2.2.3), tracciabilità delle responsabilità (2.2.4) modalità di trasferimento delle informazioni(2.2.5), trasferimenti di setting assistenziali (2.3.2) compreso procedure per la condivisione della documentazione clinica (2.3.6)	Sono applicate le procedure di presa in carico del paziente da parte di Stoke unit e/o Stroke team	E' valutato il rispetto dei tempi e modalità di applicazione delle procedure tramite audit Sono diffusi agli operatori interessati i report degli audit (2.4.2, 2.4.5) Il percorso di cura è valutato anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3)	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'applicazione parziale e/o non conforme alle procedure pianificate
		3P	3D	3C	3A
		4P	4D	4C	4A

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PAZIENTE CON ICTUS

CODICE PI

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Performance Clinico- Terapeutiche (1.5, 2.4)	Esistono linee-guida contestualizzate e/o protocolli per il trattamento dello stroke conformi all'EBP 5P	Sono applicate le linee-guida e/o protocolli per il trattamento dello stroke 5D	E' valutata l'aderenza alle linee-guida e/o protocolli da parte degli operatori in conformità all'EBP I report sono diffusi agli operatori (2.4.5) 5C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il trattamento dello stroke 5A
		E' pianificata la realizzazione di un progetto riabilitativo di tipo multidisciplinare e multiprofessionale anche con il coinvolgimento del medico curante del paziente (2.4.6) 6P	E' attuato il progetto riabilitativo di tipo multidisciplinare e multiprofessionale 6D	E' monitorato il raggiungimento degli obiettivi presenti nel progetto riabilitativo anche con l'intervento dei pazienti e dei familiari (2.4.3) I report sono diffusi agli operatori (2.4.5) 6C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento nell'implementazione dei progetti riabilitativi 6A
		E' presente una pianificazione per la gestione del rischio relativa almeno a: - lesioni da pressione - reazioni avverse a farmaci - Trombosi Venosa Profonda 7P	Sono attuate le attività di gestione del rischio 7D	E' valutata l'attività relativa alla gestione del rischio (eventi avversi, near miss) manifestatisi durante il processo di cura, attraverso specifica reportistica e/o documentazione (2.4.4) I report sono diffusi agli operatori (2.4.5) 7C	Sono predisposte azioni di miglioramento organizzativo per la prevenzione degli eventi avversi 7A

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PAZIENTE CON ICTUS

CODICE PI

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Dimissione e Follow-up	Dimissione (1.2, 2.3, 2.4)	E' presente una pianificazione della dimissione in collaborazione con paziente e caregiver , che coinvolga le strutture territoriali e il MMG ; è pianificato il trasferimento delle informazioni in tema di presa in carico (2.3.5, 2.3.6) 8P <input type="checkbox"/>	Sono attivati processi e collegamenti a supporto della continuità delle cure (da 2.3.2 a 2.3.6) Sono fornite al paziente o al caregiver le indicazioni appropriate su: - lettera di dimissione al MMG - strutture socio-sanitarie di riferimento - modalità dei controlli 8D <input type="checkbox"/>	Sono verificate: - l'aderenza del percorso di cura alle linee guida - l'effettiva comprensione delle informazioni date (da 2.4.1. a 2.4.3.). 8C <input type="checkbox"/>	Sono intraprese azioni correttive per migliorare le modalità con le quali sono fornite le informazioni 8A <input type="checkbox"/>
	Follow-up (2.3)	Sono pianificati i controlli-rivalutazioni dei pazienti secondo tipologie e periodicità stabilite per la continuità delle cure (2.3.2) 9P <input type="checkbox"/>	Sono applicate le procedure secondo le tipologie e le periodicità stabilite 9D <input type="checkbox"/>	Esiste un monitoraggio sul rispetto della periodicità stabilita 9C <input type="checkbox"/>	Sono state intraprese eventuali azioni correttive per le carenze riscontrate 9A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PAZIENTE CON IMA

CODICE PIMA

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Accesso	Accesso Sanitario Territoriale (1.2, 2.2, 2.3, 2.4)	Esistono documenti (procedure condivise/atti programmatici) che definiscano le modalità di allertamento e gestione di emergenza territoriale (tempistica e trasporto) 1P	Sono registrate le modalità di allertamento e gestione di emergenza territoriale 118 e rete ospedaliera secondo le procedure pianificate 1D	Sono valutate attraverso report periodici contenuto e completezza delle modalità pianificate di accesso sanitario 1C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulle modalità pianificate di accesso sanitario 1A
		Esistono documenti (procedure condivise/atti programmatici) che definiscano le modalità di comunicazione e trasmissione dati tra emergenza territoriale e rete ospedaliera 2P	Sono registrate le modalità di comunicazione e trasmissione dati tra emergenza territoriale e rete ospedaliera secondo le procedure pianificate 2D	Sono valutate attraverso report periodici contenuto e completezza delle modalità pianificate di accesso sanitario 2C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulle modalità pianificate di accesso sanitario 2A
	Accesso Sanitario Ospedaliero (1.5, 2.3, 2.4)	Esistono documenti (procedure condivise/atti programmatici) che definiscano le modalità di triage e gestione dell'emergenza ospedaliera 3P	Sono registrate le modalità di triage e gestione dell'emergenza ospedaliera secondo le procedure pianificate 3D	Sono valutate attraverso report periodici contenuto e completezza delle modalità pianificate di accesso sanitario 3C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulle modalità pianificate di accesso sanitario 3A
		Esistono documenti (procedure condivise/atti programmatici) che definiscano le modalità di comunicazione e trasmissione dati tra OPS/DEA e Cardiologie 4P	Sono registrate le modalità di comunicazione e trasmissione dati tra OPS/DEA e Cardiologie secondo le procedure pianificate 4D	Sono valutate attraverso report periodici contenuto e completezza delle modalità pianificate di accesso sanitario 4C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulle modalità pianificate di accesso sanitario 4A

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PAZIENTE CON IMA

CODICE PIMA

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Presa in carico del Paziente (1.2, 1.5, 2.2, 2.3, 2.4)	Esistono documenti di pianificazione (procedure condivise/atti programmatici) che definiscano la modalità di gestione dell'emergenza cardiaca a livello locale, la responsabilità e la tracciabilità della presa in carico (da 2.2.3 a 2.2.5) 5P	Sono registrate le modalità di gestione dell'emergenza con stratificazione del rischio, tempi e modalità di trattamento pianificate a livello locale (Cardiologie – spoke e UTIC – hub) 5D	Sono valutate attraverso report periodici le procedure per il riconoscimento, la diagnosi e il processo di precoce stratificazione del rischio 5C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulle modalità pianificate di presa in carico del paziente 5A
		Esistono documenti (procedure condivise/atti programmatici) che definiscano il trasporto sanitario intraospedaliero (PTS,OPS, DEA, Cardiologie, UTIC) 6P	Sono registrate le modalità di trasporto sanitario pianificato a livello locale (Cardiologie – spoke e UTIC – hub) 6D	Sono valutate attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per il trasferimento (PTS, OPS, DEA, Cardiologie, UTIC) anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) 6C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulle modalità pianificate di presa in carico del paziente 6A
	Performance Clinico- Terapeutiche (2.2, 2.4)	Esistono procedure e/o linee-guida per il corretto trattamento dell'IMA conformi all'EBP 7P	Sono applicate le procedure e/o le linee-guida per il corretto trattamento dell'IMA 7D	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure e/o linee-guida da parte degli operatori in conformità all'EBP Sono diffusi agli operatori interessati i report degli audit (2.4.5) 7C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il corretto trattamento dell'IMA 7A

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PAZIENTE CON IMA

CODICE PIMA

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Dimissione e Follow-up	Dimissione (1.2, 1.5, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5)	Esistono documenti (procedure condivise/atti programmatici) che definiscano le modalità per la dimissione del paziente che coinvolgano le strutture territoriali e i medici di medicina generale 8P <input type="checkbox"/>	Sono applicate le procedure di dimissione pianificate 8D <input type="checkbox"/>	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione, anche per i familiari, della lettera di dimissione 8C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione della lettera di dimissione 8A <input type="checkbox"/>
		Esistono documenti (procedure condivise/atti programmatici) che definiscano le modalità per la refertazione, le modalità di consegna e l'archiviazione dei referti, ivi compresa la loro integrità (da 2.5.1 a 2.5.4) 9P <input type="checkbox"/>	Sono applicate le procedure di refertazione pianificate 9D <input type="checkbox"/>	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione, anche per i familiari del referto 9C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione del referto 9A <input type="checkbox"/>
	Follow-Up (2.3, 2.4)	Esistono documenti (procedure condivise/atti programmatici) che definiscono modalità e tipologia di follow-up che coinvolgano le strutture territoriali e i medici di medicina generale 10P <input type="checkbox"/>	Sono applicate le procedure condivise (protocolli, istruzioni operative) finalizzate alla gestione del follow-up 10D <input type="checkbox"/>	Sono valutate attraverso report periodici la gestione del follow-up anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) 10C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione del follow-up 10A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PAZIENTE CHIRURGICO

CODICE PC

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Accesso	Accesso amministrativo (1.4, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5)	E' presente un documento che espliciti i criteri per l'inserimento nella lista di attesa . Sono presenti procedure strutturate per il trasferimento delle informazioni (2.3.5 e 2.3.6) e per l'accesso e tenuta delle informazioni sanitarie (2.5.4.) 1P	Viene applicato il documento per l'inserimento di ammissione secondo i criteri esplicitati; la documentazione è disponibile per gli operatori sanitari (2.3.6) 1D	E' valutata l'aderenza ai documenti predisposti 1C	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo e informativo per l'adesione ai documenti 1A
	Eleggibilità e Accesso sanitario (1.5, 2.2, 2.3, 2.4)	Esiste una pianificazione concordata per la gestione del percorso e degli esami clinico-strumentali di preparazione all'intervento in regime d'elezione o in day surgery ; sono definiti i processi a supporto della continuità dell'assistenza (2.3.3) 2P	Il percorso del paziente è attuato secondo la programmazione 2D	Sono valutate la conoscenza e l'applicazione dei protocolli da parte del personale(2.2.6) E' valutato il grado di conformità delle attività svolte (2.4.1) anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) Sono diffusi agli operatori interessati i report degli audit (2.4.5) 2C	Sono previste azioni di miglioramento organizzativo concordate con i servizi diagnostici 2A
		Esiste una pianificazione concordata degli esami clinico-strumentali di preparazione all'intervento in regime emergenza e in urgenza Sono definiti la responsabilità della presa in carico e il trasferimento delle informazioni (da 2.2.3 a 2.2.5) 3P	Il percorso del paziente è attuato secondo la programmazione 3D	E' valutato la conoscenza e l'applicazione dei protocolli da parte del personale, l'attribuzione della responsabilità (2.2.6), la tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria; è gestito il trasferimento delle informazioni (2.3.5) Sono diffusi agli operatori interessati i report degli audit (2.4.5) 3C	Sono previste azioni di miglioramento organizzativo concordate con i servizi diagnostici 3A

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PAZIENTE CHIRURGICO

CODICE PC

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Presa in carico del Paziente (1.5, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5)	Esiste una procedura condivisa con gli anestesisti di valutazione pre-operatoria del paziente 4P	E' seguita la procedura di valutazione pre-operatoria del paziente 4D	Sono effettuati momenti di audit interno sulla procedura di valutazione pre-operatoria del paziente 4C	Sono predisposte azioni di miglioramento per una maggiore adesione alla procedura 4A
		E' pianificato il programma di utilizzo della sala operatoria per la chirurgia d'elezione e il day surgery 5P	E' applicato un programma di utilizzo della sala operatoria per la chirurgia d'elezione e il day surgery 5D	E' monitorato l'utilizzo della sala operatoria secondo il programma 5C	Sono attuate azioni di miglioramento per l'utilizzo della sala operatoria 5A
		Esistono procedure concordate per la gestione del trattamento dell'emergenza e dell'urgenza chirurgica 6P	Sono applicate le procedure di gestione del trattamento dell'emergenzae dell'urgenza chirurgica 6D	E' monitorata l'applicazione delle procedure di gestione del trattamento dell'emergenza e dell'urgenza chirurgica 6C	Sono predisposte azioni di miglioramento per l'adesione alle procedure concordate 6A
		Esistono procedure per la raccolta del consenso informato e per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria (2.5.3, 2.5.4) 7P	E' attuata la procedura per la raccolta del consenso informato e per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria 7D	Sono valutati i report di verifica della corretta applicazione della procedura di compilazione e tenuta della documentazione(2.5.5.) Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.5.5.) 7C	Sono predisposte azioni di miglioramento 7A

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PAZIENTE CHIRURGICO

CODICE PC

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Performance Clinico- Terapeutiche (1.5, 2.3, 2.4)	Sono formalizzati protocolli/linee guida/procedure aggiornate secondo criteri dell'EBP per il trattamento del paziente chirurgico	Sono applicati i protocolli/linee guida/procedure adottati per il trattamento dei pazienti	E' valutata l'applicazione dei protocolli/linee guida/procedure da parte degli operatori e la conformità degli stessi documenti alla EBP è valutato il percorso anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3 Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5.);	Sono predisposte azioni di miglioramento
		8P	8D	8C	8A
		E' presente un documento contestualizzato di gestione dell'antibioticoprofilassi perioperatoria	Sono applicate le indicazioni per la gestione dell'antibioticoprofilassi perioperatoria	E' valutata l'aderenza alle indicazioni per la gestione dell'antibioticoprofilassi perioperatoria Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5.);	Sono predisposte azioni di miglioramento
		9P	9D	9C	9A

		<p>E' presente una pianificazione condivisa delle attività diagnostiche intraoperatorie (radiologia, anatomia patologica)</p>	<p>Sono attuate le attività diagnostiche intraoperatorie</p>	<p>E' valutata lo svolgimento dell'attività diagnostica intraoperatoria (2.4.1) è valutato il percorso anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3 Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5.);</p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento</p>
		<p>10P</p> <input type="checkbox"/>	<p>10D</p> <input type="checkbox"/>	<p>10C</p> <input type="checkbox"/>	<p>10A</p> <input type="checkbox"/>
		<p>E' presente una pianificazione per la gestione del rischio relativa a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - registro operatorio - infezioni del sito operatorio (ISO) - lotto di strumentazione chirurgica materiale protesico dispositivi medici (tracciabilità) - E' presente in cartella la check list operatoria 	<p>Sono attuate le attività di gestione del rischio</p>	<p>E' valutata l'attività relativa alla gestione del rischio attraverso specifica reportistica e/o documentazione Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5.);</p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento per evitare gli eventi avversi</p>
		<p>11P</p> <input type="checkbox"/>	<p>11D</p> <input type="checkbox"/>	<p>11C</p> <input type="checkbox"/>	<p>11A</p> <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PAZIENTE CHIRURGICO

CODICE PC

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Dimissione e Follow-up	Dimissione (1.2, 2.2, 2.3, 2.4)	E' presente una pianificazione della dimissione che coinvolga il paziente e il MMG per la continuità assistenziale (da 2.3.2 a 2.3.6) 12P	Sono fornite al paziente le indicazioni appropriate su: - lettera di dimissione al MMG - modalità dei controlli - è pianificata la continuità assistenziale 12D	E' verificata l'effettiva comprensione delle informazioni date; è valutata la qualità del percorso, anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) e i risultati sono condivisi con gli operatori (2.4.5) 12C	Sono intraprese azioni correttive per migliorare le modalità con le quali sono fornite le informazioni 12A
	Follow-up (2.3)	E' definita la tipologia dei pazienti per i quali sono necessarie rivalutazioni/controlli periodici dalla dimissione Sono definite le procedure relative ai processi a supporto della continuità e coordinamento dell' assistenza (da 2.3.3 a 2.3.6) 13P	Sono applicate le procedure per il follow-up 13D	Esiste un monitoraggio sui pazienti che non si sottopongono a controllo 13C	Sono state intraprese azioni correttive per il recupero dei pazienti non sottoposti a controllo 13A

PERCORSI ASSISTENZIALI

PAZIENTE NEFROPATICO CRONICO

CODICE PNC

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Accesso	Accesso amministrativo (1.4, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5)	Esiste un sistema di registrazione dei dati anagrafici e clinico strumentali del paziente e per la gestione della sicurezza delle informazioni (2.5.1., 2.5.2, 2.5.3) e per l'accesso e tenuta delle informazioni sanitarie (2.5.4) 1P	Viene attuato quanto programmato; la documentazione è disponibile per gli operatori sanitari (2.3.6) 1D	Sono valutate periodicamente tramite audit, ed anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3), le procedure attuate . I risultati sono condivisi con gli operatori (2.4.5) 1C	Sono predisposte azioni di miglioramento 1A
	Eleggibilità e Accesso sanitario (2.2, 2.3)	Esistono procedure formalizzate per l'accesso dei pazienti in elezione; è definita la responsabilità della presa in carico e il trasferimento delle informazioni (da 2.2.1 a 2.2.5); sono definiti i processi a supporto della continuità assistenziale (2.3.3) compreso i collegamenti funzionali (2.3.4) 2P	Per gli interventi in elezione vengono applicate le procedure previste 2D	L'aderenza alla procedura stabilita viene periodicamente valutata, tramite audit Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5) 2C	Sono predisposte azioni di miglioramento 2A
		Esistono procedure per l'accesso dei pazienti in urgenza 3P	Per gli interventi in urgenza vengono applicate le procedure previste 3D	Viene valutato periodicamente il monitoraggio sui tempi di accesso agli interventi di urgenza, tramite audit Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5) 3C	Sono predisposte azioni di miglioramento 3A

PERCORSI ASSISTENZIALI

PAZIENTE NEFROPATICO CRONICO

CODICE PNC

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Presa in carico del Paziente (1.2, 1.5, 2.2, 2.3, 2.4)	E' pianificata l'attività di accertamento diagnostico mediante protocolli conformi all'EBP 4P	Per l'attività di accertamento diagnostico si seguono i protocolli redatti 4D	È valutata periodicamente l'aderenza ai protocolli diagnostici e la conformità degli stessi all'EBP Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5) 4C	Sono predisposte azioni di miglioramento 4A
		E' pianificata l'attività di sostegno psicologico e sociale 5P	Il paziente riceve assistenza psicologica e sociale 5D	L'erogazione dell'assistenza psicologica e sociale viene periodicamente verificata è valutato il percorso anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5) 5C	Sono predisposte azioni di miglioramento 5A
		Per i pazienti in attesa di trapianto è pianificato il collegamento funzionale tra la struttura impegnata nell'assistenza nefrologica e il Centro Trapianti di riferimento 6P	E' garantito il collegamento funzionale tra la struttura impegnata nell'assistenza nefrologica dell'unità operativa e il Centro Trapianti di riferimento 6D	Il collegamento tra la struttura impegnata nell'assistenza nefrologica e il Centro Trapianti di riferimento viene valutato periodicamente E' valutato il percorso anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5) 6C	Sono predisposte azioni di miglioramento 6A

PERCORSI ASSISTENZIALI

PAZIENTE NEFROPATICO CRONICO

CODICE PNC

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Performance Clinico-Terapeutiche (1.5, 2.2, 2.3, 2.4)	<p>Sono previsti documenti contestualizzati secondo criteri dell'EBP per il trattamento del paziente</p> <p>Sono definite la responsabilità della presa in carico (2.2.3) e la gestione del trasferimento delle informazioni (2.2.5)</p> <p>7P <input type="checkbox"/></p>	<p>I documenti adottati sono conosciuti dal personale di assistenza e vengono applicati per il trattamento di tutti i pazienti</p> <p>7D <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono valutate l'applicazione di protocolli/linee guida/procedure da parte degli operatori e la conformità degli stessi documenti alla EBP</p> <p>Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)</p> <p>7C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento</p> <p>7A <input type="checkbox"/></p>
		<p>Sono previsti documenti per il monitoraggio e il trattamento delle complicanze dell'uremia e della dialisi (anemia, squilibri calcio-fosforo, squilibri elettrolitici) secondo i criteri dell'EBP</p> <p>E' definita la responsabilità della presa in carico (da 2.2.3 a 2.3.6)</p> <p>8P <input type="checkbox"/></p>	<p>I documenti per il trattamento delle complicanze dell'uremia e della dialisi sono conosciuti dal personale di assistenza e vengono applicati in tutti i pazienti interessati</p> <p>8D <input type="checkbox"/></p>	<p>E' valutata l'applicazione dei documenti da parte degli operatori e la conformità degli stessi documenti alla EBP</p> <p>Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)</p> <p>8C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento</p> <p>8A <input type="checkbox"/></p>
		<p>E' pianificata la gestione del rischio relativo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dispositivi e apparecchiature – farmaci nefrotossici – riconciliazione farmacologica <p>9P <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono attuate le attività di gestione del rischio definite</p> <p>9D <input type="checkbox"/></p>	<p>Valutazione dell'attività relativa alla gestione del rischio attraverso la specifica reportistica</p> <p>Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)</p> <p>9C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento</p> <p>9A <input type="checkbox"/></p>

		<p>Vengono definite le informazioni destinate al paziente per il rispetto del consenso informato e della partecipazione al percorso di cura (2.2.5)</p>	<p>E' applicata procedura per la raccolta del consenso informato</p>	<p>Periodicamente viene valutata la raccolta del consenso informato e la valutazione del percorso di cura da parte del paziente e dei familiari(2.4.3) Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)</p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento</p>
		<p>10P</p>	<p>10D</p>	<p>10C</p>	<p>10A</p>

PERCORSI ASSISTENZIALI
PAZIENTE NEFROPATICO CRONICO

CODICE PNC

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Dimissione (1.2, 2.3, 2.4)	E' presente una pianificazione della dimissione in collaborazione con il paziente che coinvolga le strutture territoriali e il MMG 11P	Sono fornite al paziente le indicazioni appropriate su: - lettera di dimissione al MMG - strutture socio-sanitarie di riferimento - modalità dei controlli 11D	E' verificata l'effettiva comprensione delle informazioni date Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5) 11C	Sono predisposte azioni di miglioramento 11A
	Follow-Up (1.2, 2.3, 2.4)	Viene definita la tipologia di pazienti per i quali sono necessarie rivalutazioni/controlli 12P	Viene attuato un programma di rivalutazione/controllo per le tipologie di pazienti definite 12D	Esiste un monitoraggio sui pazienti sottoposti ai programmi di rivalutazione/controllo, anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5) 12C	Sono predisposte azioni di miglioramento 12A
		Vengono identificate le modalità e gli intervalli temporali per interventi di rivalutazione/controllo 13P	I pazienti vengono rivalutati secondo le modalità e gli intervalli di tempo stabiliti 13D	Vengono monitorati gli intervalli temporali per gli interventi di rivalutazione/controllo Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5) 13C	Sono predisposte azioni di miglioramento 13A
		Per i pazienti trapiantati è pianificato il collegamento funzionale tra la struttura impegnata nell'assistenza nefrologica e il Centro Trapianti di riferimento 14P	E' garantita l'assistenza nefrologica dell'unità operativa in collegamento con il Centro Trapianti di riferimento 14D	Il collegamento tra l'assistenza nefrologica dell'unità operativa e il Centro Trapianti di riferimento viene valutato periodicamente anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5) 14C	Sono predisposte azioni di miglioramento 14A

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PERCORSO NASCITA

CODICE PN

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Accesso	Accesso amministrativo (1.4, 2.2, 2.4)	È pianificata l'attività di: prenotazione ecografiche, visite ginecologiche e CTG e esami diversi a seconda della necessità (es. amniocentesi) 1P <input type="checkbox"/>	Esiste un centro prenotazioni che registri i dati anagrafici gli esami e le visite in coerenza con e procedure definite 1D <input type="checkbox"/>	Viene valutato il monitoraggio periodico sulla completezza dei dati Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5) 1C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte azioni di miglioramento 1A <input type="checkbox"/>
	Eleggibilità e Accesso sanitario (1.2, 2.3, 2,4)	È pianificato il programma di screening diagnosi prenatale precoce 2P <input type="checkbox"/>	È compilata la scheda integrata territorio/ospedale per ciascun utente inserito nel programma screening 2D <input type="checkbox"/>	Sono valutati i risultati della sorveglianza epidemiologica sul programma di screening e di prevenzione 2C <input type="checkbox"/>	Viene utilizzata la valutazione per miglioramenti 2A <input type="checkbox"/>
		È pianificato il collegamento funzionale con i punti di assistenza interni ed esterni alla struttura 3P <input type="checkbox"/>	È applicata la procedura di collegamento funzionale con i punti di assistenza interni ed esterni alla struttura 3D <input type="checkbox"/>	Si attua una valutazione periodica di applicazione della procedura anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5) 3C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte azioni di miglioramento 3A <input type="checkbox"/>
		È pianificato l'accesso, alla rete regionale dei servizi ostetrico e pediatrico-neonatologici con un collegamento extra-regionale 4P <input type="checkbox"/>	È applicata la procedura di accesso alla rete regionale o extra-regionale 4D <input type="checkbox"/>	Si attua una valutazione periodica di applicazione della procedura anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5) 4C <input type="checkbox"/>	Sono predisposte azioni di miglioramento 4A <input type="checkbox"/>

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PERCORSO NASCITA

CODICE PN

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Presa in carico del Paziente (1.5, 2.2, 2.4)	<p>E' pianificata la presa in carico con protocolli per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accertamento diagnostico materno-fetale; - assistenza al travaglio e parto; - IVG; - sostegno psicologico <p>Sono definite le responsabilità (2.2.3); è tracciata la presa in carico (2.2.4)</p> <p>5P</p>	<p>Sono applicati i protocolli di presa in carico della paziente</p> <p>5D</p>	<p>Si attua una valutazione periodica di applicazione della procedura anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3)</p> <p>Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)</p> <p>5C</p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento</p> <p>5A</p>
		<p>È pianificato il protocollo terapeutico EBP compatibile per le gravidanze a rischio</p> <p>6P</p>	<p>Viene applicato il protocollo per le gravidanze a rischio</p> <p>6D</p>	<p>Viene monitorata la conoscenza e l'applicazione del protocollo e il suo aggiornamento EBP</p> <p>Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)</p> <p>6C</p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento</p> <p>6A</p>
		<p>E' pianificato l' utilizzo della sala travaglio-parto-operatoria</p> <p>7P</p>	<p>È applicata la procedura di utilizzo della sala travaglio-parto-operatoria</p> <p>7D</p>	<p>Viene monitorato quanto pianificato</p> <p>Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)</p> <p>7C</p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento</p> <p>7A</p>
		<p>È prevista la eventuale presenza del partner/familiari in sala travaglio-parto</p> <p>8P</p>	<p>È applicata la procedura per regolamentare la presenza dei familiari/genitori</p> <p>8D</p>	<p>È monitorata l'applicazione della procedura anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3)</p> <p>Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)</p> <p>8C</p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento</p> <p>8A</p>

		<p>Sono pianificate le attività intraoperatorie routinarie e di emergenza</p>	<p>Vengono applicate le procedure</p>	<p>Vengono valutate periodicamente l'applicazione e conformità delle procedure Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)</p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento</p>
		<p>9P</p>	<p>9D</p>	<p>9C</p>	<p>9A</p>

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PERCORSO NASCITA

CODICE PN

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Cura e Trattamento	Performance Clinico- Terapeutiche (1.5, 2.2, 2.3, 2.4)	<p>È pianificata l'assistenza post-operatoria (cesareo e IVG) EBP conforme</p> <p>Sono definite le responsabilità (2.2.3); è tracciata la presa in carico (2.2.4)</p> <p>10P</p>	<p>Sono applicati i protocolli diagnostico-terapeutici per le principali patologie del post-partum e post-operatorio</p> <p>10D</p>	<p>Viene valutata periodicamente l'applicazione e la conformità dei protocolli EBP, anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3)</p> <p>Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)</p> <p>10C</p>	<p>sono predisposte azioni di miglioramento</p> <p>10A</p>
		<p>È pianificata l'assistenza al post-partum, al puerperio attraverso procedure/protocolli EBP conformi</p> <p>Sono definite le responsabilità (2.2.3); è tracciata la presa in carico (2.2.4)</p> <p>11P</p>	<p>Sono applicate procedure/protocolli per il controllo della madre e del neonato nel post-partum e nel puerperio</p> <p>11D</p>	<p>Viene valutata periodicamente l'applicazione e la conformità delle procedure/protocolli EBP (2.2.6) anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3)</p> <p>Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)</p> <p>11C</p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento</p> <p>11A</p>
		<p>Sono pianificati gli screening neonatali in conformità all'EBP</p> <p>12P</p>	<p>Sono applicate le procedure per gli screening neonatali</p> <p>12D</p>	<p>Viene valutata periodicamente l'applicazione e la conformità EBP delle procedure</p> <p>Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)</p> <p>12C</p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento</p> <p>12A</p>

		<p>È pianificato il collegamento con i centri di raccolta per la donazione del cordone ombelicale</p> <p>13P <input type="checkbox"/></p>	<p>È attuata la procedura di collegamento con i centri di raccolta</p> <p>13D <input type="checkbox"/></p>	<p>Viene monitorata la procedura anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)</p> <p>13C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono predisposte azioni di miglioramento</p> <p>13A <input type="checkbox"/></p>
		<p>Sono pianificate le attività di inizio dell'allattamento al seno</p> <p>14P <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono applicate le procedure per l'allattamento al seno</p> <p>14D <input type="checkbox"/></p>	<p>Viene monitorata l'aderenza alle procedure per l'allattamento al seno Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)</p> <p>14C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono utilizzati i dati per miglioramenti</p> <p>14A <input type="checkbox"/></p>
		<p>È pianificata la gestione del rischio di errata identificazione madre-neonato</p> <p>15P <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono applicate le procedure per l'identificazione della madre e del neonato</p> <p>15D <input type="checkbox"/></p>	<p>Viene valutato il monitoraggio di aderenza alle procedure</p> <p>15C <input type="checkbox"/></p>	<p>Sono utilizzati i dati per miglioramenti</p> <p>15A <input type="checkbox"/></p>

MACROAREA PERCORSO PAZIENTE

PERCORSO NASCITA

CODICE PN

Fasi	Elementi	Plan	Do	Check	Act
Dimissione e Follow -up	Dimissione (1.2, 2.2, 2.3, 2.4)	È pianificata con il coinvolgimento delle strutture territoriali, del pediatra di libera scelta e dei MMG: – la dimissione protetta della donna la dimissione precoce della madre e/o del neonato	È applicata la procedura per fornire al paziente e ai familiari informazioni riguardanti la lettera dimissione (madre e neonato o della donna) e le modalità dei controlli	Viene valutata la correttezza e la completezza delle informazioni fornite anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)	Sono predisposte azioni di miglioramento
	Follow-up (2.3, 2.4, 2.5)	Viene definita la tipologia di pazienti per i quali sono necessarie rivalutazioni/controlli	Sono attuate le procedure di follow up	Esiste un monitoraggio sui pazienti sottoposti a controllo anche con la valutazione delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari (2.4.3) Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)	Sono predisposte azioni di miglioramento
		È pianificata l'attività di registrazione delle malformazioni congenite e delle malattie croniche neonatali	Sono compilati i registri regionali per le malformazioni congenite e per le malattie croniche neonatali	Viene valutata periodicamente la correttezza e la completezza delle registrazioni Sono diffusi al personale interessato i risultati degli audit intrapresi (2.4.5)	Sono predisposte azioni di miglioramento

GLOSSARIO

Audit

Il termine inglese deriva dal latino audire; è di difficile traduzione con un singolo vocabolo italiano. E' l'azione di un controllo indipendente svolta da personale professionalmente addestrato e accreditato allo scopo.

Inizialmente usato come strumento di controllo finanziario, è stato successivamente esteso ad altri ambiti come, ad esempio, le modalità cliniche e organizzative di erogazione dell'assistenza sanitaria.

Un audit può essere realizzato sia in un contesto di controllo formale (ad esempio, l'attività svolta dal collegio dei revisori dei conti nella pubblica amministrazione, le verifiche ispettive per conto della direzione di una organizzazione, le visite finalizzate all'accREDITAMENTO dei servizi sanitari o alla certificazione ISO), sia in un contesto di miglioramento della qualità nel quale i professionisti sottopongono la loro attività al controllo indipendente dei colleghi (revisione tra pari).

Nei sistemi di gestione della qualità il termine verifica ispettiva - audit è da intendersi quale processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze della verifica ispettiva e valutarle, con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri della verifica ispettiva sono stati soddisfatti.

AccREDITAMENTO Istituzionale

Per AccredITAMENTO Istituzionale si intende il provvedimento con il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private già autorizzate lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del servizio sanitario regionale.

Atto di indirizzo

Indica linee generali/raccomandazioni a carattere orientativo che attengono aspetti organizzativi e/o tecnico-gestionali, sviluppate a livello aziendale o dipartimentale (vedi Schema 1).

Autorizzazione

Per Autorizzazione si intendono i distinti provvedimenti che consentono la realizzazione e l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie da parte di soggetti pubblici e privati.

Care giver

Con questo termine si intende "colui che presta le cure". Solitamente va inteso come colui che si occupa del paziente (in genere non-autosufficiente).

Documento e Documentazione

Qualsiasi forma di attestazione: cartacea, informatica o altro, anche non strutturalmente codificata, comprovante un fatto avvenuto.

Evidence Based Medicine (EBM)

Tecnica che si basa su strumenti atti a ricercare, valutare criticamente ed utilizzare i risultati di lavori clinici al fine di migliorare il trasferimento dei risultati dalla ricerca alla pratica clinica.

Viene utilizzata anche all'interno di alcuni processi di valutazione ospedaliera per definire scelte operative o di intervento.

Gestione del rischio (Risk Management)

E' l'insieme coordinato delle attività che una organizzazione svolge in modo sistematico per identificare, prevenire e per tenere sotto controllo i rischi e per ridurre al minimo il verificarsi di errori e incidenti (ad esempio, il piano per la sicurezza, l'analisi dei processi

lavorativi, il monitoraggio di eventi sentinella, le attività specifiche di informazione e formazione, i piani di manutenzione delle attrezzature e degli impianti, il monitoraggio delle richieste di risarcimento, le analisi confidenziali).

Indicatore

Elemento (misuratore quanti o qualitativo) che quantifica un oggetto o un fenomeno che si intende misurare.

Istruzione operativa/protocollo operativo

Descrive le attività all'interno di una fase del processo (es. istruzione operativa per disinfezione, sanificazione) identificando il chi, che cosa, come, dove e quando precisandone il responsabile (vedi Schema 1)

Linee guida

Insieme di raccomandazioni procedurali, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze e con le seguenti caratteristiche:

- ✓ sono basate sull'evidenza scientifica
- ✓ sono sviluppate e supportate da gruppi di esperti
- ✓ sono orientative
- ✓ sono focalizzate sulla gestione di "casi" (mancano cioè di elementi di contestualizzazione e di personalizzazione)
- ✓ sono di applicazione generale (oltre le condizioni locali).

Miglioramento continuo della qualità (MCQ)

E' un sistema di gestione della qualità, fondato sull'analisi dei processi di produzione-erogazione di beni e servizi. Esso si basa sul concetto di "tensione continua" degli operatori alla ricerca, allo sviluppo, al mantenimento ed al miglioramento dei livelli di qualità perseguibili nell'organizzazione. Lo scopo che si intende raggiungere con l'applicazione di tale sistema di gestione, nelle aziende sanitarie,

è quello di organizzare l'intero processo assistenziale in modo da perseguire la massima soddisfazione dell'utente finale del servizio, garantendo, al tempo stesso, livelli elevati di efficienza gestionale, organizzativa e di economicità. In tale senso le iniziative di MCQ prevedono l'identificazione di un problema, la definizione dei criteri di buona qualità, la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo, la valutazione di impatto dell'intervento migliorativo, la diffusione a tutti gli interessati, il monitoraggio nel tempo dei livelli di qualità raggiunti, la ricerca di nuovi elementi di miglioramento.

Mission

Motivo per cui un'organizzazione esiste; è la ragion d'essere stessa dell'organizzazione; ciò che essa sceglie di fare per soddisfare i bisogni dell'utenza.

Monitoraggio

E' la sistematica sorveglianza di un processo o di un fenomeno attraverso la misurazione di uno o più indicatori; viene attuato per valutare l'evoluzione, per identificare potenziali problemi e opportunità di miglioramento e per misurare i risultati. La frequenza con cui effettuare le misure nonché il numero e il livello di precisione degli indicatori devono essere definiti di volta in volta, sulla base della criticità dei fenomeni da monitorare e dell'entità delle risorse necessarie

Partnership

Relazione di collaborazione tra due (o più) soggetti legati da interessi comuni, regolamentata da un contratto, centrata su uno o più progetti comuni o complementari, che prevede un grado variabile di integrazione delle risorse.

Procedura

E' un documento formale che rappresenta la descrizione di un processo/percorso.

Contiene l'eventuale normativa di riferimento, individua le fasi del processo/percorso definendo per ciascuna fase il chi, che cosa, come, dove e quando precisandone il responsabile (vedi Schema 1).

Prodotto

Risultato di una sequenza di azioni organizzate e finalizzate.

Processo

Organizzazione di persone, materiali, strumenti, metodi e tecnologie al fine di creare sequenze logiche di azioni capaci di produrre risultati significativi di valore per i clienti convertendo input misurabili in output altrettanto misurabili mediante una successione organizzata di passi.

Programma

Piano di lavoro che include uno o più obiettivi, lo svolgimento di una o più attività e il consumo di risorse.

Percorso di assistenza

Sono strumenti di miglioramento orientati alla presa in carico globale del bisogno del paziente oltre che solo alla diagnosi e cura, anche attraverso il ricorso a servizi e a strutture sanitarie diverse ma integrate all'interno del percorso. I percorsi di assistenza hanno le seguenti caratteristiche:

- ✓ sono basati sulle evidenze scientifiche e su linee guida
- ✓ vengono costruiti a partire dal contesto locale

- ✓ possono avere una diversa estensione (c'è sempre comunque un punto di partenza ed un punto di arrivo)
- ✓ possono essere costruiti anche attraverso la sommatoria di sub-profilo con la partecipazione di diverse professionalità
- ✓ sono rivolti ai "pazienti" e non soltanto ai "casi" prendendo in considerazione i diversi aspetti dell'assistenza, ivi inclusi i bisogni psico-sociali (educazione del paziente e dei familiari, pianificazione della post-dimissione, etc.).

Qualità

L'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare le esigenze espresse o implicite di un cliente.

Qualità organizzativa

E' intesa come congruenza tra elementi costitutivi dell'organizzazione. Caratterizzata da un uso più efficace e produttivo delle risorse all'interno dei limiti e delle direttive stabilite dalle autorità preposte/acquirenti.

Qualità percepita

E' intesa come scarto fra osservato ed atteso dall'operatore nel vissuto della organizzazione, dall'utente nel ricevere la prestazione.

Qualità tecnica

Capacità del professionista di soddisfare i bisogni degli utenti, così come da lui stesso definiti, utilizzando tecniche e procedure corrette ed appropriate.

Regolamenti interni

Definiscono le modalità di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa, che devono essere sistematicamente ottemperate.

Report

Prospetto stampato che contiene i dati estratti da una fonte dati, più genericamente documento strutturato contenente specifiche informazioni.

Requisito

Ciascuna delle caratteristiche necessarie e richieste affinché un prodotto/servizio risponda allo scopo (vedi qualità).

Tecnologia

Il concetto di tecnologia include non solo le attrezzature, ma anche le procedure, i farmaci ed i supporti organizzativi che sostengono gli interventi sanitari.

Technology assesment

La valutazione della tecnologia sanitaria (health technology assessment) è il campo multidisciplinare di programmazione che studia le implicazioni mediche, sociali, etiche ed economiche dello sviluppo, della diffusione e dell'uso della tecnologia sanitaria. L'attività di valutazione della tecnologia sanitaria produce e sintetizza le informazioni necessarie al livello decisionale "politico" per mantenere una tecnologia o introdurne una di nuova. Nella sua applicazione interna aziendale valuta anche l'opportunità o meno dell'acquisto di un'apparecchiatura tenendo conto anche delle sue caratteristiche e verificando se la sua introduzione apporta vantaggi all'organizzazione.

Sistema qualità

E' la struttura organizzata, riconosciuta e documentata della qualità, articolata in un sistema multidimensionale integrato, spesso orientato a migliorare non soltanto la "gestione della produzione" (prodotti, processi, risultati), ma anche la funzione di "governo" del sistema-organizzazione (e i processi decisionali connessi) ed i suoi macro-risultati.

Standard di prodotto

Connotazione di un prodotto/servizio attraverso la identificazione delle caratteristiche delle relative misure (indicatori) e garanzie (standard).

Struttura organizzativa

Dimensione organizzativa complessiva della funzione svolta ad esempio: dipartimento, unità operativa, struttura complessa, struttura semplice.

Valutazione e miglioramento della qualità

Sono attività che hanno lo scopo di garantire all'utente che le prestazioni o i servizi ricevuti siano di buona qualità. Tali iniziative possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette agli utenti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzative, amministrative, etc.).

Per iniziative di valutazione e miglioramento della qualità si intendono progetti che prevedono:

- l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento);
- la determinazione delle cause possibili;
- la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità;
- la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati, nonché per identificare le cause di tale discrepanza ;
- la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo;
- la valutazione di impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato;
- la diffusione dei risultati a tutti gli interessati.

Schema 1

Atto di indirizzo			
<i>linee generali/raccomandazioni a carattere orientativo che attengono aspetti organizzativi e/o tecnico-gestionali</i>			
Procedura <i>Documento formale che rappresenta la descrizione di un processo/percorso. Contiene l'eventuale normativa di riferimento, individua le fasi del processo/percorso definendo per ciascuna fase il chi, che cosa, come, dove e quando precisandone il responsabile</i>	<i>Processo</i>	<i>Fase A</i>	Istruzione operativa/protocollo operativo <i>Attività all'interno di una fase del processo che identifica il chi, che cosa, come, dove e quando precisandone il responsabile</i>
		<i>Fase B</i>	Istruzione operativa/protocollo operativo <i>ibidem</i>
	