

INDICE

1	DIRITTI DEI PAZIENTI (Validi per tutte le strutture)	pag. 1
1.1	Carta dei servizi, ascolto, privacy, comfort, reclamo, consenso, informazione, accesso.	pag. 2
2	DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO (Validi per tutte le strutture)	pag.4
2.1	Direzione della struttura, gestione delle risorse umane, valutazione delle tecnologie, gestione del sistema informativo, formazione e aggiornamento del personale, cartella clinica, gestione del rischio clinico, audit clinico, qualità percepita dagli operatori	pag. 5
3	OSPEDALI	pag. 8
	Per le strutture ospedaliere, in relazione alle presenza delle discipline previste dalla LR 6/2007, si prevedono requisiti relativi ai seguenti percorsi assistenziali:	
3.1	Paziente oncologico	pag. 9
3.2	Paziente con ictus	pag. 11
3.3	Paziente con IMA	pag. 13
3.4	Paziente chirurgico	pag. 15
3.5	Paziente nefropatico cronico	pag. 17
3.6	Percorso nascita	pag. 19
3.7	Percorso frattura del femore	pag. 22
3.8	Dipartimenti ospedalieri o misti (ospedale/territorio) (solo per le strutture pubbliche)	pag. 24
3.9	Unità Operative cliniche (requisiti comuni a tutte le UUOO)	pag. 25
3.10	Medicina di Laboratorio Ospedaliera	pag. 26
3.11	Diagnostica per Immagini Ospedaliera	pag. 28
3.12	Servizio Trasfusionale (cfr. specifico documento)	pag. 30
4	STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE	pag. 31
4.1	RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PER DISABILI	pag. 32
4.1.1	Requisiti per le Unità Speciali di Accoglienza Prolungata (USAP)	pag. 33
4.1.2	Requisiti per le Residenze di Riabilitazione Intensiva - Riabilitazione Estensiva - RSA Disabili Adulti - RA Disabili Adulti	pag. 36
4.1.3	Requisiti per le Strutture Semiresidenziali di Riabilitazione	pag. 39
4.1.4	Residenze Minorazioni Plurisensoriali Età Evolutiva	pag. 41
4.1.5	Residenze Disturbi Comportamento e Patologie Neuropsichiatriche Età Evolutiva	pag. 44
4.1.6	SOCIALI	

4.2	RESIDENZIALITA' SALUTE MENTALE	pag. 47
4.2.1	Requisiti comuni per: Residenze Riabilitative Psichiatriche per la post-acuzie - Casa Famiglia - Residenze Protette	pag. 48
4.2.2	Requisiti specifici per: Residenze Riabilitative Psichiatriche per la post-acuzie - Casa Famiglia - Residenze Protette	pag. 51
4.2.3	Requisiti specifici per Gruppi Appartamento di Convivenza	pag. 52
4.2.4	Requisiti per Centri Diurni Psichiatrici	pag. 53
4.2.5	Requisiti per Centro Diurno Disturbi Spettro Autistico	pag. 54
4.3	RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	pag. 55
4.3.1	Requisiti comuni per: RSA Anziani - RSA Demenze - RA Anziani	pag. 56
4.3.2	Requisiti specifici per: RSA Anziani - RSA Demenze - RA Anziani	pag. 59
4.3.3	Requisiti comuni per semiresidenze anziani e demenze	pag. 61
4.3.4	Requisiti specifici per semiresidenze anziani e demenze	pag. 62
4.4	DIPENDENZE PATOLOGICHE	pag. 63
4.4.1	Requisiti comuni per Comunità Terapeutiche per Tossicodipendenti	pag. 64
4.4.2	Requisiti specifici per Comunità Terapeutiche per Tossicodipendenti	pag. 67
5	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI	pag. 68
5.1	Ambulatori di specialistica medica	pag. 69
5.2	Ambulatori di specialistica chirurgica	pag. 70
5.3	Ambulatori delle professioni sanitarie	pag. 72
5.4	Ambulatori odontoiatrici	pag. 74
5.5	Ambulatori di Medicina di laboratorio	pag. 76
5.6	Ambulatori di Diagnostica per Immagini	pag. 78
5.7	Ambulatori di riabilitazione fisica	pag. 80
5.8	Consultori Familiari	pag. 82
5.9	Centri di Medicina dello Sport	pag. 84
5.10	Stabilimenti Termali	pag. 87
6	STUDI PROFESSIONALI MEDICI, ODONTOIATRICI E DELLE PROFESSIONI SANITARIE	pag. 89
6.1	Studio Specialistica Medica	pag. 90
6.2	Studio Specialistica Chirurgica	pag. 91
6.3	Studio Specialistica Odontoiatrica	pag. 92
6.4	Studio di Riabilitazione	pag. 93
6.5	Studio delle Professioni Sanitarie	pag. 95

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

Validi per tutte le strutture

1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

Codice: DP

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito	si/no
1	1	Carta dei servizi	(P)	A	E' stata redatta la Carta dei Servizi secondo quanto previsto dal DPCM 95	
	2		(E)	A	E' stata diffusa la Carta dei Servizi	
	3		(V)	B	Vengono monitorati periodicamente (almeno annualmente) impegni e standard	
	4		(PM)	C	Viene effettuata una revisione annuale della Carta dei Servizi	
2	1	Accesso	(P)	A	Sono state predisposte procedure documentate per regolamentare le modalità di accesso alla struttura ed ai relativi servizi sanitari e amministrativi (tempi e gestione delle liste di attesa)	
	2		(E)	A	Sono state applicate le procedure che regolamentano l'accesso alla struttura ed ai relativi servizi sanitari e amministrativi	
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura come pianificato	
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento riguardo alle modalità di accesso alla struttura ed ai relativi servizi sanitari e amministrativi	
3	1	Informazione	(P)	A	Sono state predisposte procedure documentate per le informazioni da fornire agli utenti (logistica, organizzazione, aspetti clinici)	
	2		(E)	A	Sono state applicate le procedure di informazioni da fornire agli utenti definite nella pianificazione	
	3		(V)	B	E' verificato che gli utenti ottengono le informazioni così come pianificato	
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento riguardo alle modalità di informazione all'utenza	
4	1	Consenso	(P)	A	Sono state predisposte procedure documentate per l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario (intervento, trattamento, sperimentazione)	
	2		(E)	A	Vengono applicate le procedure per l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario	
	3		(V)	B	Sono valutate le modalità di acquisizione del consenso informato come pianificato	
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento sulle modalità di acquisizione del consenso informato	
5	1	Reclamo	(P)	A	Esiste una procedura documentata relativa alla raccolta e la gestione dei reclami	
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure predisposte per la raccolta e la gestione dei reclami	
	3		(V)	B	È valutato il risultato della applicazione della procedura relativa alla raccolta e gestione dei reclami	
	4		(PM)	C	Vengono predisposti interventi migliorativi sulla base delle segnalazioni e dei reclami pervenuti	
6	1	Privacy	(P)	A	Sono state predisposte procedure documentate per il rispetto della privacy	
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative al rispetto della privacy	
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione delle procedure relative al rispetto della privacy	

	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni migliorative per salvaguardare il rispetto della privacy	
7	1	Comfort	(P)	A	È stato predisposto un documento in cui sono definiti gli aspetti del comfort da garantire agli utenti (fruibilità della struttura, servizi alberghieri, sanificazione, ecc.)	
	2		(E)	A	Viene applicato quanto previsto nel documento che definisce gli aspetti del comfort da garantire agli utenti	
	3		(V)	B	E' valutata periodicamente la realizzazione di quanto previsto nel documento anche attraverso la realizzazione di indagini di "customer satisfaction"	
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento sulla base della valutazione periodica effettuata	
8	1	Ascolto	(P)	A	È stata predisposta una procedura relativa alle modalità di raccolta di suggerimenti e di valutazione della soddisfazione dell'utenza	
	2		(E)	A	Vengono effettuate indagini di "customer satisfaction"	
	3		(V)	B	E' valutato il risultato delle indagini di "customer satisfaction"	
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento sulla base dei risultati delle indagini di "customer satisfaction"	

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

Validi per tutte le strutture

2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

Codice DS

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste il piano strategico aziendale contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il piano è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1		(P)	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
	2		(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3		(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dagli aspetti di collaborazione con altre strutture e organizzazioni
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni migliorative messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione con altre strutture e organizzazioni
3	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1		(P)	A	Esiste un atto/regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
	3		(V)	B	È verificato che quanto pianificato è stato realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
5	1	(P)	A	Esiste un atto/regolamento sul sistema premiante aziendale	
	2	(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo al sistema premiante aziendale	
	3	(V)	B	È verificato che quanto pianificato è stato realizzato	
	4	(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate	
6	1	(P)	A	E' pianificato l'inserimento del neo assunto/trasferito	
	2	(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito	
	3	(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati	
	4	(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti	
7	1	Formazione e aggiornamento del personale		A	E' stato costituito l'Ufficio formazione continua del personale
8	1		(P)	A	Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi ed agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali e regionali
	2		(E)	A	C'è evidenza della messa in atto del piano di formazione
	3		(V)	A	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
9	1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo
	2		(E)	A	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente
	3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale
10	1			A	E' annualmente definito il budget complessivo aziendale e specifico dipartimentale, per realizzare il Piano di Formazione
11	1			A	E' documentato l'utilizzo finalizzato del budget preventivato annualmente per l'attività di formazione che evidenzia: a) l'investimento realizzato nell'anno (espresso in percentuale sul costo globale del personale), b) il n° di ore di formazione erogate per dipendente e per fasce professionali
12	1			C	Esiste un documento che regola il piano di acquisto di testi e riviste scientifiche
13	1	Valutazione delle tecnologie	(P)	A	La Direzione Aziendale ha costituito il gruppo aziendale di Valutazione delle Tecnologie, con indicazione delle competenze e del programma da sviluppare nell'arco di un triennio
	2		(E)	B	Il gruppo aziendale di Valutazione delle Tecnologie sviluppa il programma stabilito
	3		(V)	B	Sono presenti report annuali delle attività del gruppo di lavoro
	4		(PM)	C	La Direzione Aziendale mette in atto le indicazioni emerse dal gruppo di lavoro e, in caso contrario, motiva la non adesione alle stesse
14	1		(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità
	2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata
	3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate
	4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variare e nuove esigenze aziendali
15	1	Sistema informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
16	1		(P)	A	Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione
	2		(E)	A	Sono attuate procedure: di accesso e di gestione di informazioni, di conservazione dei dati informatici
	3		(V)	B	Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici
	4		(PM)	C	Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
17	1		(P)	A	È prevista una procedura di valutazione dell'idoneità strutturale degli spazi adibiti al servizio del trattamento dei dati informatici
	2		(E)	B	È attuata la procedura per la valutazione di idoneità strutturale degli spazi
	3		(V)	B	Sono valutati i report dei sopralluoghi effettuati
	4		(PM)	C	Sono previste eventuali azioni di adeguamento strutturale
18	1	Qualità (Percorsi assistenziali)	(P)	A	La direzione sanitaria aziendale (con il coinvolgimento dei Direttori Medici di P.O., con i Responsabili dell'U.O. Gestione Qualità e U.O. Rischio Clinico e del Comitato per le Infezioni Ospedaliere C.I.O.) ha attivato i gruppi di lavoro sui percorsi assistenziali per i seguenti pazienti: oncologici, chirurgici, nefropatici cronici, pz. con ictus, pz. con IMA, pz con frattura del femore, percorso nascita
	2		(E)	A	La Direzione Sanitaria aziendale monitora periodicamente lo stato di attuazione dei percorsi assistenziali con i referenti dei diversi percorsi
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria raccoglie gli esiti delle valutazioni dei sottogruppi di lavoro sui diversi percorsi assistenziali
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
19	1	Qualità (Indicatori)	(P)	A	La Direzione sanitaria aziendale (con il coinvolgimento dei Direttori Medici di P.O., con i Responsabili dell'U.O. Gestione Qualità e U.O. Rischio Clinico e del Comitato per le Infezioni Ospedaliere C.I.O.) ha identificato: il set di indicatori di appropriatezza, struttura, processo ed esito da implementare nell'azienda, i criteri di valutazione di qualità dei dati raccolti ed i destinatari aziendali dei report di sintesi degli indicatori
	2		(E)	A	Esistono report periodici di sintesi degli indicatori pianificati
	3		(V)	B	Viene effettuato il monitoraggio della qualità dei dati raccolti
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
20	1	Qualità	(P)	A	La direzione sanitaria aziendale (con il coinvolgimento dei Direttori Medici di P.O., con i Responsabili dell'U.O. Gestione Qualità e U.O. Rischio Clinico e del Comitato per le Infezioni Ospedaliere C.I.O.), ha sviluppato un piano della Qualità annuale coerente con gli obiettivi strategici Aziendali e Regionali
	2		(E)	A	È attuato il piano della Qualità annuale
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto progettato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
21	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	La direzione sanitaria aziendale (con il coinvolgimento dei Direttori Medici di P.O e dell'U.O. Gestione Rischio Clinico e U.O. Qualità e del Comitato per le Infezioni Ospedaliere C.I.O.), ha attivato i gruppi di lavoro (con azioni e responsabilità) sui seguenti rischi: 1. infezioni ospedaliere, 2. piaghe da decubito, 3. cadute pazienti, 4. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	A	È attuato il piano di gestione del rischio delle: infezioni ospedaliere, piaghe da decubito, cadute dei pazienti e somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto progettato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
22	1	Qualità (Audit clinici)	(P)	A	La direzione sanitaria aziendale (con il coinvolgimento dei Direttori Medici di P.O., con i Responsabili dell'U.O. Gestione Qualità e U.O. Rischio Clinico e del Comitato per le Infezioni Ospedaliere C.I.O.) ha pianificato un sistema di raccolta e diffusione tra i professionisti dei risultati degli Audit clinici attuati nelle diverse UUOO dell'azienda
	2		(E)	A	È utilizzata un sistema di registrazione di audit
	3		(V)	B	È verificata la congruenza tra audit effettuati rispetto a quelli programmati
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione
23	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche in uso nelle diverse UUOO, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, conformità alla scheda di dimissione ospedaliera, trasferimento intraospedaliero, trasferimento in struttura extraospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissioni
	2		(E)	A	Sono diffusi i criteri e le modalità operative scritte previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
24	1	Qualità (Cartella clinica)		A	Esiste evidenza della valutazione della complessità assistenziale da parte del responsabile infermieristico dell'U.O.
25	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)	A	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti
26	1	Qualità (Soddisfazione operatori)	(P)	A	Sono state pianificate indagini periodiche (almeno biennali) per valutare il clima organizzativo interno. Nella pianificazione è stato coinvolto almeno il Consiglio dei sanitari
	2		(E)	B	Sono attuate le indagini sul clima organizzativo interno
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini sul clima organizzativo interno vengono valutate congiuntamente, almeno in una riunione con il Consiglio dei sanitari
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di indagini di soddisfazione e segnalazione dei lavoratori

3. OSPEDALI

Per le strutture ospedaliere, in relazione alle presenza delle discipline previste dalla LR 6/2007, si prevedono requisiti relativi ai seguenti percorsi assistenziali:

3.1 PAZIENTE ONCOLOGICO

Codice: PO

N° requ.	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito	
1	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO	(P)	A	Esistono linee-guida (LG) conformi all'EBM (Medicina Basata sulle Evidenze) condivise tra i diversi operatori interni (oncologi, chirurghi, radioterapisti, terapisti del dolore, ecc.) per la gestione/trattamento del paziente oncologico	
	2		(E)	A	Sono applicate le LG per il trattamento/gestione del paziente oncologico condivise tra operatori interni	
	3		(V)	B	E' valutata attraverso reports periodici l'applicazione delle LG condivise da parte degli operatori	
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il corretto trattamento del paziente oncologico	
2	1				A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscano la modalità di gestione intraospedaliera del paziente oncologico
	1				B	Sono attuati audit di verifica per l'applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche conformi all'EBM
	1				C	Vengono attuate azioni di miglioramento per i problemi riscontrati (es. revisione periodica delle procedure in relazione all'EBM)
3	1		PERFORMANCE CLINICO-TERAPEUTICHE	(P)	A	Esistono procedure e/o linee-guida condivise tra i diversi operatori relative alla gestione del rischio connesso a trattamenti: - chirurgici - radioterapici - chemioterapici
	2			(E)	A	Sono applicate le procedure e/o linee-guida relative ad eventi avversi connessi a trattamenti: - chirurgici - radioterapici - chemioterapici
	3			(V)	B	Sono valutati i report di monitoraggio l'applicazione delle procedure e/o linee guida relative agli eventi avversi
	4			(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la corretta gestione degli eventi avversi nel paziente oncologico
4	1			(P)	A	Esistono procedure per l'acquisizione del consenso informato in relazione agli specifici interventi diagnostico/terapeutici
	2		(E)	A	Sono registrati i consensi informati relativi agli interventi specifici diagnostico/terapeutici	
	3		(V)	B	Sono valutati i report sull'applicazione del consenso informato	
	4		(PM)	C	Sono intraprese azioni di miglioramento	

5	1		(P)	A	E' pianificata l'attività di sostegno psicologico al paziente oncologico
	2		(E)	A	E' attuato il sostegno psicologico al paziente oncologico
	3		(V)	B	E' valutata l'attività di sostegno psicologico al paziente oncologico
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento
6	1	DIMISSIONE	(P)	A	Esistono procedure operative che definiscano le modalità per la dimissione del paziente che coinvolgano il Medico di Medicina Generale (MMG)/Pediatria di Libera Scelta (PLS) e le strutture interessate nella presa in carico del paziente, anche in fase terminale
	2		(E)	A	Sono fornite al paziente le indicazioni appropriate su: - lettera di dimissione al MMG/PLS - informazioni su gestione terapia, dispositivi/ausili/protesi - strutture di riferimento - modalità dei controlli - modalità di accesso preferenziale
	3		(V)	B	E' verificata l'effettiva completezza delle informazioni date (es. gestione di terapie, dispositivi/protesi/ausili ecc.)
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla procedura di dimissione del paziente oncologico
7	1	FOLLOW-UP		A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di follow-up del paziente oncologico
8	1		(P)	A	È pianificato il follow-up per specifica patologia oncologica
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure condivise (protocolli, istruzioni operative) finalizzate alla gestione del follow-up
	3		(V)	B	Esiste un monitoraggio dei pazienti in follow-up
	4	(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento delle procedure di gestione del follow-up	
9	1	DOCUMENTAZIONE		A	Sono stati definiti tipo di documentazione, flussi informativi per tutto il percorso ospedaliero del paziente oncologico
10	1			A	Sono applicate le procedure di refertazione pianificate
11	1			A	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione del referto

3.2 PAZIENTE CON ICTUS

Codice: PI

N° requ.	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON ICTUS (DEA/SERVIZI/UU.OO. NEUROLOGICHE)	(P)	A	Esistono linee-guida (LG) per la gestione dell'emergenza cerebrovascolare conformi all'EBM (Medicina Basata sulle Evidenze)
	2		(E)	A	Sono applicate le linee-guida (LG) per la corretta gestione dell'emergenza cerebrovascolare
	3		(V)	B	E' valutata attraverso reports periodici l'applicazione delle LG da parte degli operatori in conformità all'EBM
	4		(PM)	C	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'eventuale applicazione parziale e/o non conforme alle LG adottate
2	1		(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscano la modalità di gestione dell'emergenza cerebrovascolare a livello del PS/DEA della struttura
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure per la gestione dell'emergenza cerebrovascolare a livello del PS/DEA della struttura
	3		(V)	B	Sono valutate attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per la gestione dell'emergenza cerebrovascolare a livello del PS/DEA della struttura
	4		(PM)	C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione dell'emergenza cerebrovascolare a livello del PS/DEA della struttura
3	1		(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di trasferimento intra/interospedaliero
	2		(E)	A	Sono registrate le modalità di trasporto sanitario pianificato a livello intra/interospedaliero
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per il trasferimento intra/interospedaliero del paziente
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulle modalità pianificate per il trasferimento intra/interospedaliero del paziente
4	1		(P)	A	La Direzione Sanitaria ha definito le procedure conformi all'EBM per il trasporto sanitario secondario protetto
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure conformi all'EBM per il trasporto secondario protetto
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure conformi all'EBM da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il trasporto secondario protetto del paziente con emergenza cerebrovascolare
5	1	(P)	A	Esistono delle procedure per la presa in carico dei pazienti con diagnosi di stroke nelle appropriate UU.OO. e nei tempi stabiliti	
	2	(E)	A	E' applicata la procedura di presa in carico del paziente da parte dell'UU.OO. nei tempi stabiliti	
	3	(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure da parte degli operatori con particolare riguardo al rispetto dei tempi di applicazione della procedura	
	4	(PM)	C	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'applicazione parziale e/o non conforme delle procedure pianificate	
6	1	(P)	A	Esistono linee-guida conformi all'EBM e/o protocolli per il trattamento dello stroke	
	2	(E)	A	Sono applicate le linee-guida e/o protocolli per il trattamento dello stroke	
	3	(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure e/o linee guida conformi all'EBM per il trattamento del paziente con stroke	
	4	(PM)	C	Sono implementate ed attuate azioni di miglioramento per il trattamento dello stroke	

7	1	PERFORMANCE CLINICO-TERAPEUTICHE	(P)	A	Esistono linee-guida conformi all'EBM per la realizzazione di un progetto riabilitativo di tipo multidisciplinare e multiprofessionale
	2		(E)	A	E' attuato il progetto riabilitativo condiviso di tipo multidisciplinare e multiprofessionale
	3		(V)	B	E' monitorato attraverso audit clinici il raggiungimento degli obiettivi presenti nel progetto riabilitativo
	4		(PM)	C	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'applicazione parziale e/o non conforme alle procedure pianificate dei progetti riabilitativi
8	1		(P)	A	Esistono procedure e/o linee-guida condivise tra i diversi operatori relative alla gestione del rischio connesso a: - piaghe da decubito - reazioni avverse a farmaci - trombosi venosa profonda
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure e/o linee-guida condivise tra i diversi operatori relative alla gestione del rischio connesso a: - piaghe da decubito - reazioni avverse a farmaci - trombosi venosa profonda
	3		(V)	B	E' valutata l'attività relativa alla gestione del rischio attraverso specifica reportistica e/o documentazione
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento organizzativo per la prevenzione dei rischi sopra enunciati
9	1		(P)	A	Esistono procedure operative che definiscano le modalità per la dimissione, in collaborazione con il paziente ed il caregiver, che coinvolgano le strutture territoriali ed il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS)
	2		(E)	A	Sono fornite al paziente ed al caregiver le indicazioni appropriate su: - lettera di dimissione al MMG/PLS - informazioni su gestione terapia ed ausili - strutture socio-sanitarie di riferimento - modalità dei controlli - modalità di accesso preferenziale
	3		(V)	A	E' verificata l'effettiva comprensione delle informazioni date
	4		(PM)	C	Sono intraprese azioni correttive per migliorare le modalità con le quali sono fornite le informazioni
10	1		(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di follow-up del paziente
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure secondo le tipologie e le periodicità stabilite
	3		(V)	B	Esiste un monitoraggio sul rispetto della periodicità stabilita
	4		(PM)	C	Sono state intraprese eventuali azioni di miglioramento organizzativo per correggere le carenze riscontrate
11	1	(P)	A	Sono presenti procedure che definiscano le modalità di refertazione e documentazione su tutto il percorso ospedaliero del paziente con ictus	
	2	(E)	A	Sono applicate le procedure di refertazione pianificate	
	3	(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione del referto	
	4	(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione del referto	
12	1		A	Sono stati definiti tipo di documentazione, flussi informativi per tutto il percorso ospedaliero del paziente con ictus	

3.3 PAZIENTE CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO (IMA)

Codice: PIMA

N° requ.	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON IMA	(P)	A	Esistono linee-guida (LG) conformi all'EBM (Medicina Basata sulle Evidenze) per il corretto trattamento del paziente con IMA
	2		(E)	A	Sono applicate le linee-guida per il corretto trattamento del paziente con IMA
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle linee-guida conformi all'EBM da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il corretto trattamento dell'IMA
2	1	GESTIONE EMERGENZA OSPEDALIERA IMA	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscano la modalità di gestione dell'emergenza cardiaca a livello del PS/DEA della struttura
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure per la gestione dell'emergenza cardiaca a livello del PS/DEA della struttura
	3		(V)	B	Sono valutate attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per la gestione dell'emergenza cardiaca a livello del PS/DEA della struttura
	4		(PM)	C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione dell'emergenza cardiaca a livello del PS/DEA della struttura
3	1	GESTIONE EMERGENZA OSPEDALIERA IMA	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di trasferimento secondario protetto intra/interospedaliero
	2		(E)	A	Sono registrate le modalità di trasporto sanitario secondario protetto, pianificato intra-interospedaliero
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per il trasferimento intra/interospedaliero
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulle modalità pianificate di trasferimento intra/interospedaliero del paziente
4	1	GESTIONE EMERGENZA OSPEDALIERA IMA	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha definito le procedure per il trasporto sanitario secondario protetto
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure per il trasporto sanitario secondario protetto
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure conformi all'EBM da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il trasporto sanitario secondario protetto del paziente con IMA
5	1	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE NELLE UU.OO. CARDIOLOGICHE INTENSIVE (UTIC-Emodinamica- cardiocirurgie)	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di trattamento del paziente con IMA nelle diverse UU.OO. Cardiologiche Intensive
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure che definiscono la modalità di trattamento del paziente nelle diverse UU.OO. Cardiologiche Intensive
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure sul trattamento del paziente nelle diverse UU.OO. Cardiologiche Intensive
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure per il trattamento del paziente nelle diverse UU.OO. Cardiologiche Intensive
6	1	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE NELLE UU.OO. CARDIOLOGICHE POST-INTENSIVE (Cardiologie, Riabilitazione cardiologica)	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di trattamento del paziente con IMA nelle diverse UU.OO. Cardiologiche post acute
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure per la gestione del trattamento del paziente nelle diverse UU.OO. Cardiologiche post acute
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per il trattamento del paziente con IMA nelle diverse UU.OO. Cardiologiche post acute
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure per il trattamento del paziente nelle diverse UU.OO. Cardiologiche post acute
7	1	DIMISSIONE	(P)	A	Esistono procedure operative che definiscano le modalità per la dimissione del paziente che coinvolgano le strutture territoriali ed i Medici di Medicina Generale (MMG)
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure condivise per le modalità per la dimissione pianificata

	3		(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione della lettera di dimissione
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione della lettera di dimissione
8	1	FOLLOW-UP	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di follow-up del paziente
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure condivise (protocolli, istruzioni operative) finalizzate alla gestione del follow-up del paziente
	3		(V)	B	Sono valutate attraverso report periodici la gestione del follow-up del paziente
	4		(PM)	C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione del follow-up del paziente
9	1	DOCUMENTAZIONE	(P)	A	Sono state definite procedure che definiscano le modalità di refertazione e documentazione su tutto il percorso ospedaliero del paziente con IMA
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure di refertazione pianificate
	3		(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione del referto
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione del referto
10	1			A	Sono stati definiti tipo di documentazione, flussi informativi per tutto il percorso ospedaliero del paziente con IMA

3.4 PAZIENTE CHIRURGICO

Codice: PACH

N° requ	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CHIRURGICO	(P)	A	Esistono linee-guida (LG) per il trattamento del paziente chirurgico conformi all'EBM (Medicina Basata sulle Evidenze)
	2		(E)	A	Sono applicate le LG per la corretta gestione del paziente chirurgico
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle linee-guida conformi all'EBM da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il corretto trattamento del paziente chirurgico
2	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CHIRURGICO	(P)	A	Le indicazioni contenute nelle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscano percorsi differenziati dei pazienti chirurgici in elezione/urgenza/day surgery
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure che definiscano la gestione dei percorsi differenziati dei pazienti chirurgici
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure operative che definiscono la gestione dei percorsi differenziati dei pazienti chirurgici
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per l'adesione alle procedure concordate
3	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CHIRURGICO	(P)	A	Le indicazioni contenute nelle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscano la modalità di gestione del paziente chirurgico in emergenza/urgenza
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure operative che definiscono la gestione del paziente chirurgico in emergenza/urgenza
	3		(V)	B	Sono valutate attraverso report periodici l'applicazione delle procedure operative che definiscono la gestione del paziente chirurgico in emergenza/urgenza
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per l'adesione alle procedure concordate
4	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CHIRURGICO	(P)	A	Le indicazioni contenute nelle LG sono state contestualizzate in procedure operative condivise tra i vari operatori (chirurghi, anestesisti, endoscopisti, radiologi, laboratoristi, oncologi, radioterapisti) che definiscano la tempestiva modalità di valutazione preoperatoria del paziente chirurgico (anche in relazione alla stratificazione del rischio generale e specifico)
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure operative condivise che definiscono le modalità di valutazione preoperatoria del paziente chirurgico
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure operative condivise
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per l'adesione alle procedure concordate
5	1	GESTIONE EMERGENZA OSPEDALIERA PAZIENTE CHIRURGICO	(P)	A	Sono presenti LG conformi all'EBM per la gestione dell'antibioticoprofilassi perioperatoria
	2		(E)	A	Sono applicate le LG conformi all'EBM per la gestione dell'antibioticoprofilassi perioperatoria
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'aderenza per la gestione dell'antibioticoprofilassi perioperatoria
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento organizzativo/formativo per la completa adesione alle linee guida condivise
6	1	GESTIONE EMERGENZA OSPEDALIERA PAZIENTE CHIRURGICO	(P)	A	Sono presenti procedure condivise delle attività diagnostiche intraoperatorie (radiologia, anatomia patologica)
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure relative all'attività diagnostiche intraoperatorie
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure relative all'attività diagnostica intraoperatoria
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento organizzativo per l'adesione alle procedure concordate

7	1		(P)	A	Esistono procedure e/o linee-guida condivise tra i diversi operatori relative alla gestione del rischio connesso a: - registro operatorio - prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico - infezioni del sito operatorio (ISO) - lotto di strumentazione chirurgica (rintracciabilità) - procedure di identificazione di lato
	2		(E)	A	Esistono procedure e/o linee-guida condivise tra i diversi operatori relative alla gestione del rischio connesso a: - registro operatorio - prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico - infezioni del sito operatorio (ISO) - lotto di strumentazione chirurgica (rintracciabilità) - procedure di identificazione di lato
	3		(V)	B	E' valutata l'attività relativa alla gestione del rischio attraverso specifica reportistica e/o documentazione
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento organizzativo per la prevenzione dei rischi sopra menzionati
8	1	DIMISSIONE	(P)	A	Esistono procedure operative che definiscano le modalità per la dimissione del paziente, che coinvolgano le strutture territoriali ed il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS)
	2		(E)	A	Sono fornite al paziente ed al caregiver le indicazioni appropriate su: - lettera di dimissione al MMG/PLS - informazioni su gestione terapia, ausili e dispositivi - modalità dei controlli
	3		(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione della lettera di dimissione
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione della lettera di dimissione
9	1	FOLLOW-UP	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di Follow-up del paziente chirurgico
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure condivise (protocolli, istruzioni operative) finalizzate alla gestione del follow-up
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici la gestione del follow-up
	4		(PM)	C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione del follow-up
10	1	DOCUMENTAZIONE	(P)	A	Sono state definite procedure che definiscano le modalità di refertazione e documentazione su tutto il percorso ospedaliero del paziente chirurgico
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure di refertazione pianificate
	3		(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione del referto
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione del referto
11	1		A	Sono stati definiti tipo di documentazione, flussi informativi per tutto il percorso ospedaliero del paziente chirurgico	

3.5 PAZIENTE NEFROPATICO CRONICO

Codice: PNC

N° requ.	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE NEFROPATICO CRONICO	(P)	A	Esistono linee-guida (LG) conformi all'EBM (Medicina Basata sulle Evidenze) per il trattamento intraospedaliero del paziente nefropatico cronico
	2		(E)	A	Sono applicate le LG per il corretto trattamento del paziente nefropatico cronico
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle linee guida conformi all'EBM da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il corretto trattamento del paziente nefropatico cronico
2	1	GESTIONE OSPEDALIERA DEL PAZIENTE NEFROPATICO CRONICO	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di gestione/trattamento del paziente nefropatico cronico
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure operative che definiscono le modalità di gestione/trattamento del paziente nefropatico cronico
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per la gestione/trattamento del paziente nefropatico cronico
	4		(PM)	C	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo sulle modalità per la gestione/trattamento del paziente nefropatico cronico
3	1	GESTIONE OSPEDALIERA DEL PAZIENTE NEFROPATICO CRONICO	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono il collegamento funzionale dell'U.O. nefrologica e il Centro Trapianti di riferimento
	2		(E)	A	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure di collegamento funzionale tra la struttura impegnata nell'assistenza nefrologica dell'U.O. ed il Centro Trapianti di riferimento
	3		(V)	B	Viene valutato periodicamente il collegamento funzionale tra la struttura impegnata nell'assistenza nefrologica ed il Centro Trapianti di riferimento
	4		(PM)	C	Sono adottate azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'applicazione parziale e/o non conforme delle procedure pianificate
4	1	PERFORMANCE CLINICO-TERAPEUTICHE	(P)	A	Sono previste linee guida/procedure per il monitoraggio e il trattamento delle complicanze dell'uremia e della dialisi (anemia, squilibri calcio-fosforo, squilibri elettrolitici) secondo i criteri dell'EBM
	2		(E)	A	Vengono applicate le linee guida/procedure per il trattamento delle complicanze dell'uremia e della dialisi in tutti i pazienti nefropatici
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione di linee guida/procedure da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono implementate le azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'applicazione parziale e/o non conforme delle procedure pianificate
5	1	PERFORMANCE CLINICO-TERAPEUTICHE	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative per la gestione del rischio connesso a: - dispositivi/apparecchiature - farmaci nefrotossici - farmaci antirigetto
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure operative per la gestione del rischio connesso a: - dispositivi/apparecchiature - farmaci nefrotossici - farmaci antirigetto
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure operative per la gestione dei rischi sopra menzionati
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione dei rischi sopra menzionati

6	1	DIMISSIONE	(P)	A	Sono presenti procedure che definiscano le modalità per le dimissioni, in collaborazione con il paziente ed il caregiver, che coinvolgano le strutture territoriali ed il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS)
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure di dimissioni pianificate comprendenti: - lettera di dimissione al MMG/PLS - coinvolgimento delle strutture socio-sanitarie territoriali di riferimento - modalità dei controlli
	3		(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione della lettera di dimissione
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione della lettera di dimissione
7	1	FOLLOW_UP	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di follow-up del paziente
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure condivise (protocolli, istruzioni operative) finalizzate alla gestione del follow-up
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici la gestione del follow-up
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione del follow-up
8	1	FOLLOW_UP	(P)	A	Vengono identificate le modalità e gli intervalli temporali per interventi di rivalutazione/controllo
	2		(E)	A	I pazienti vengono rivalutati secondo le modalità e gli intervalli di tempo stabiliti
	3		(V)	B	Vengono monitorati gli intervalli temporali per gli interventi di rivalutazione/controllo
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento
9	1	FOLLOW_UP	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono per i pazienti trapiantati le modalità di collegamento funzionale tra la struttura impegnata nell'assistenza nefrologica ed il Centro Trapianti di riferimento
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure condivise (protocolli, istruzioni operative) finalizzate a garantire il collegamento funzionale tra l'U.O. di assistenza nefrologica ed il Centro Trapianti di riferimento
	3		(V)	B	E' valutato attraverso report periodici il collegamento funzionale tra l'U.O. di assistenza nefrologica ed il Centro Trapianti di riferimento
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure di collegamento funzionale tra la struttura impegnata nell'assistenza nefrologica ed il Centro Trapianti di riferimento

3.6 PERCORSO NASCITA

Codice: PN

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA PAZIENTE	(P)	A	Esistono Linee Guida (LG) conformi alla Medicina Basata sull'Evidenza (EBM) in relazione a: - accertamenti diagnostici materno-fetali - assistenza al travaglio e parto - IVG - sostegno psicologico - gestione più appropriata delle maggiori malformazioni del feto diagnosticate nel periodo prenatale
	2		(E)	A	Sono applicate le L.G. di presa in carico della paziente per la: - valutazione del rischio ostetrico - assistenza al travaglio e parto - IVG - sostegno psicologico - gestione più appropriata delle maggiori malformazioni del feto diagnosticate nel periodo prenatale
	3		(V)	B	Viene periodicamente valutata l'applicazione delle LG conformi all'EBM
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle attività
2	1		(P)	A	Esistono LG conformi all'EBM per la gestione delle gravidanze a rischio/neonato a rischio
	2		(E)	A	Vengono applicate le LG per le gravidanze a rischio/neonato a rischio
	3		(V)	B	Viene monitorata l'applicazione delle LG
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle LG per la gestione delle gravidanze a rischio/neonato a rischio
3	1		(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscano la modalità di gestione delle gravidanze a rischio/neonato a rischio a livello del PS/DEA della struttura
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure per la gestione delle gravidanze a rischio/neonato a rischio a livello del PS/DEA della struttura
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per la gestione delle gravidanze a rischio/neonato a rischio a livello del PS/DEA della struttura
	4		(PM)	C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione delle gravidanze a rischio/neonato a rischio a livello del PS/DEA della struttura
4	1	GESTIONE EMERGENZA OSPEDALIERA	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di trasferimento intra/interospedaliero (es.centri con T.I.N.) delle gravidanze a rischio/neonato a rischio e la gestione più appropriata delle maggiori malformazioni del feto diagnosticate nel periodo prenatale
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure che definiscono la modalità di trasferimento intra/interospedaliero (es.centri con T.I.N.) delle gravidanze a rischio/neonato a rischio e la gestione più appropriata delle maggiori malformazioni del feto diagnosticate nel periodo prenatale
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per il trasferimento intra/interospedaliero(es.centri con T.I.N.) delle gravidanze a rischio/neonato a rischio e la gestione più appropriata delle maggiori malformazioni del feto diagnosticate nel periodo prenatale
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure per il trasferimento intra/interospedaliero (es.centri con T.I.N.) delle gravidanze a rischio/neonato a rischio e la gestione più appropriata delle maggiori malformazioni del feto diagnosticate nel periodo prenatale
5	1		(P)	A	La Direzione Sanitaria ha definito le procedure conformi all'EBM per il trasporto sanitario secondario protetto delle gravidanze a rischio/neonato a rischio
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure conformi all'EBM per il trasporto secondario protetto delle gravidanze a rischio/neonato a rischio
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure conformi all'EBM da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il trasporto secondario protetto delle gravidanze a rischio/neonato a rischio
6	1		(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative per la definizione dei percorsi assistenziali al travaglio, parto, (fisiologico e non) ed I.V.G.
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure di assistenza al travaglio, parto, (fisiologico e non) ed I.V.G.
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure di assistenza sopra descritte

	4
--	---

(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure di assistenza sopra descritte
------	---	---

7	1	GESTIONE OSPEDALIERA PAZIENTE	(P)	A	E' presente una procedura condivisa per l'utilizzo ottimale della sala travaglio-parto-operatoria		
	2		(E)	A	È applicata la procedura per l'utilizzo ottimale della sala travaglio-parto-operatoria		
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure di utilizzo ottimale della sala travaglio-parto-operatoria		
	4		(PM)	C	Sono utilizzati i dati per il miglioramento delle attività della sala travaglio-parto-operatoria		
8	1			A	E' presente una procedura che preveda l'eventuale presenza del partner/familiare in sala travaglio-parto		
	1			A	E' applicata la procedura che preveda l'eventuale presenza del partner/familiare in sala travaglio-parto		
	1			A	Viene effettuata una analisi epidemiologica dell'evento parto-nascita		
	1			B	Sono utilizzati i dati dell'analisi epidemiologica per il miglioramento del servizio		
9	1		PERFORMANCE CLINICO-TERAPEUTICHE	(P)	A	Sono presenti procedure per la corretta gestione delle attività intraoperatorie routinarie e di emergenza	
	2			(E)	A	Vengono applicate le procedure	
	3			(V)	B	E' valutata periodicamente l'applicazione e la conformità alle procedure	
	4			(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività	
10	1				(P)	A	Sono presenti procedure diagnostico-terapeutiche conformi all'EBM per l'assistenza alle principali patologie del post-partum e post-operatorio (parto cesareo e IVG)
	2				(E)	A	Sono applicate le procedure diagnostico-terapeutici conformi all'EBM per l'assistenza alle principali patologie del post-partum e post-operatorio (parto cesareo e IVG)
	3				(V)	B	Viene valutata periodicamente l'applicazione e la conformità delle procedure/protocolli sopra menzionate EBM
	4				(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività
11	1			(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di assistenza al post-partum, al puerperio	
	2			(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli che definiscono la modalità di assistenza al post-partum, al puerperio	
	3			(V)	B	Viene valutata periodicamente l'applicazione e la conformità alle procedure/protocolli sopra menzionati	
	4			(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività	
12	1			(P)	A	Sono presenti procedure/protocolli conformi all'EBM per l'esecuzione degli screening neonatali	
	2			(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli conformi all'EBM per l'esecuzione degli screening neonatali	
	3			(V)	B	Viene valutata periodicamente l'applicazione e la conformità EBM delle procedure	
	4			(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività	
13	1		(P)	A	È presente procedura/protocollo per il collegamento funzionale con i centri di raccolta per la donazione del cordone ombelicale		
	2		(E)	A	È attuata la procedura di collegamenti funzionale con i centri di raccolta per la donazione del cordone ombelicale		
	3		(V)	B	Viene valutata periodicamente l'applicazione e la conformità alle procedure/protocolli sopra menzionati		
	4		(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività		

14	1		(P)	A	Sono presenti procedure/protocolli per la regolamentazione delle attività di inizio dell'allattamento al seno
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli per l'allattamento al seno
	3		(V)	B	Viene monitorata l'aderenza alle procedure per l'allattamento al seno
	4		(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività
15	1		(P)	A	E' presente procedura/protocollo per la gestione del rischio di errata identificazione madre-neonato
	2		(E)	A	E' applicata la procedura per l'identificazione della madre e del neonato
	3		(V)	B	Viene monitorata l'aderenza alle procedure per l'identificazione della madre e del neonato
	4		(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività
16	1	DIMISSIONE	(P)	A	Sono presenti procedure condivise con il coinvolgimento delle strutture territoriali, del Pediatra di Libera Scelta (PLS) e dei Medici di Medicina Generale (MMG) sulle le modalità di: - dimissione protetta della donna - dimissione precoce della madre e/o del neonato
	2		(E)	A	È applicata la procedura per fornire al paziente e ai familiari informazioni riguardanti la lettera di dimissione (madre e neonato o della donna) e le modalità dei controlli successivi
	3		(V)	B	Viene valutata la correttezza e la completezza delle informazioni fornite
	4		(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività
17	1	FOLLOW-UP	(P)	A	Viene definita la tipologia delle pazienti/neonati per le/i quali sono necessarie rivalutazioni/controlli successivi
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure di follow up
	3		(V)	B	Sono valutate periodicamente la correttezza e l'adesione alle procedure di follow-up
	4		(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività
18	1	FOLLOW-UP	(P)	A	È pianificata l'attività di registrazione delle malformazioni congenite e delle malattie croniche neonatali/malattie rare
	2		(E)	A	Sono compilati i registri regionali per le malformazioni congenite e per le malattie croniche neonatali/malattie rare
	3		(V)	B	Viene valutata periodicamente la correttezza e la completezza delle registrazioni
	4		(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività
19	1	DOCUMENTAZIONE	(P)	A	Sono state definite procedure che definiscano le modalità di documentazione di tutto il percorso ospedaliero madre/neonato
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure di documentazione pianificate
	3		(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione della documentazione
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione della documentazione
20	1			A	Sono stati definiti tipo di documentazione, flussi informativi per tutto il percorso ospedaliero madre/neonato

3.7 PERCORSO FRATTURA FEMORE

Codice: PFF

N° requ	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE	(P)	A	Esistono linee-guida (LG) conformi all'EBM (Medicina Basata sulle Evidenze) per il trattamento intraospedaliero del paziente con frattura di femore
	2		(E)	A	Sono applicate le linee-guida per il corretto trattamento del paziente con frattura di femore
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle linee guida conformi all'EBM da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il corretto trattamento della frattura di femore
2	1	GESTIONE EMERGENZA OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure/protocolli operative che definiscano la modalità di gestione del paziente con frattura di femore a livello struttura
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli per la gestione del paziente con frattura di femore a livello del PS/DEA della struttura
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure/protocolli per la gestione del paziente con frattura di femore a livello del PS/DEA della struttura
	4		(PM)	C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione del paziente con frattura di femore a livello del PS/DEA della struttura
3	1	GESTIONE OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure/protocolli operative che definiscono la modalità di gestione del paziente con frattura di femore
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli per la corretta gestione del paziente con frattura di femore che garantiscano il trattamento chirurgico precoce
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per la gestione/trattamento del paziente con frattura di femore
	4		(PM)	C	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo sulle modalità pianificate di gestione/trattamento del paziente con frattura di femore
4	1	GESTIONE OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE	(P)	A	Esistono linee-guida conformi all'EBM per il corretto trattamento della frattura di femore
	2		(E)	A	Sono applicate le linee-guida per il corretto trattamento del paziente con frattura di femore
	3		(V)	B	E' valutata l'aderenza alle linee-guida conformi all'EBM da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il corretto trattamento della frattura di femore
5	1	GESTIONE OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure/protocolli per la definizione di percorsi fino al completamento dell'iter riabilitativo ospedaliero del paziente con frattura di femore
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli conformi EBM di riabilitazione
	3		(V)	B	È valutato periodicamente il raggiungimento degli obiettivi di riabilitazione
	4		(PM)	C	Sono adottate azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'applicazione parziale e/o non conforme delle procedure pianificate
6	1	PERFORMANCE CLINICO-TERAPEUTICHE	(P)	A	Esistono delle procedure/protocolli standardizzati per la prevenzione delle complicanze infettive e tromboemboliche
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli standardizzati per la prevenzione delle complicanze infettive e tromboemboliche
	3		(V)	B	E' valutata periodicamente l'applicazione delle procedure/protocolli condivisi per la prevenzione delle complicanze infettive e tromboemboliche

	4		(PM)	C	Sono adottate azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'applicazione parziale e/o non conforme delle procedure pianificate
7	1		(P)	A	E' pianificata la realizzazione di un progetto riabilitativo precoce di tipo multidisciplinare e multiprofessionale
	2		(E)	A	E' attuato il progetto riabilitativo di tipo multidisciplinare e multiprofessionale anche attraverso momenti di audit interno
	3		(V)	B	E' monitorato il raggiungimento degli obiettivi presenti nel progetto riabilitativo
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento
8	1	DIMISSIONE	(P)	A	Sono presenti procedure che definiscano le modalità per le dimissioni, in collaborazione con il paziente ed il caregiver, che coinvolgano le strutture territoriali ed il Medico di Me (MMG)
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure di dimissioni pianificate (es. correttezza, completezza e comprensione della lettera di dimissione)
	3		(V)	B	E' valutata periodicamente l'applicazione delle procedure/protocolli condivisi che definiscono le modalità di dimissione (es. correttezza, completezza e comprensione della lettera di dimissione)
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento
9	1	FOLLOW-UP	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure/protocolli operativi che definiscono la modalità di Follow-up del paziente con frattura di femore
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli condivisi (istruzioni operative) finalizzate alla gestione del follow-up
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici la gestione del follow-up
	4		(PM)	C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione del follow-up
10	1	DOCUMENTAZIONE	(P)	A	Sono state definite procedure che definiscano le modalità di documentazione di tutto il percorso ospedaliero del paziente con frattura di femore
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure di documentazione pianificate
	3		(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione della documentazione
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione della documentazione
11	1			A	Sono stati definiti tipo di documentazione, flussi informativi per tutto il percorso ospedaliero del paziente con frattura di femore

3.8 DIREZIONE DIPARTIMENTI

Codice: DD

N° requisito	Oggetto	N°	Liv.	Requisito
1	Direzione struttura	1	A	Il Consiglio di Dipartimento predispone, per la Direzione Aziendale, il piano annuale dipartimentale (PAD) che definisce gli obiettivi organizzativi, gestionali e scientifici. Il PAD è stato condiviso con i responsabili delle UU.OO. Dipartimentali
2		1	A	Il PAD è stato comunicato e divulgato a tutti gli operatori del dipartimento
3		1	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
4	Gestione risorse umane	1	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori del dipartimento dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
5		1	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori del dipartimento dell'atto relativo al sistema premiante aziendale
6		1	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito
7	Formazione	1	A	Esiste il piano di formazione annuale in riferimento ai bisogni formativi ed agli obiettivi strategici, innovativi e specifici dipartimentali
8		1	A	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e quanto realizzato
9		1	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
10		1	A	E' documentato l'utilizzo finalizzato del budget preventivato annualmente per l'attività di formazione
11	Qualità	1	A	La Direzione Dipartimentale monitora periodicamente lo stato di implementazione degli Audit sulle Linee Guida conformi alla Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) adottate dalle UU.OO.
12		1	A	La Direzione Dipartimentale verifica i report sugli indicatori di appropriatezza, struttura, processo ed esito concordati con la Direzione Aziendale
13		1	A	La Direzione Dipartimentale monitora periodicamente lo stato di implementazione degli Audit sulla gestione del rischio clinico delle UU.OO., con il coinvolgimento del Responsabile Aziendale dell'U.O. Rischio Clinico e dell'Area Qualità
14		1	A	La Direzione Dipartimentale monitora periodicamente la qualità della gestione delle cartelle cliniche in uso nelle diverse UU.OO.
15		1	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti afferenti alle UU.OO. del Dipartimento sono valutate dal Consiglio di Dipartimento con il coinvolgimento dell'URP aziendale

3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO)

Codice: STG

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Percorsi assistenziali	(P)	A	Sono identificate Linee Guida (nazionali o internazionali) conformi alla Medicina Basata sull'Evidenze (EBM) contestualizzate in percorsi assistenziali (diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale) per almeno due delle patologie più rilevanti e frequenti individuate da ciascuna U.O.
	2		(E)	A	Sono attuati e documentati i percorsi assistenziali (diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale) identificati
	3		(V)	B	Sono strutturati Audit clinici periodici (a cadenza almeno annuale) di aderenza alle Linee Guida
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
2	1	Gestione complicanze	(P)	A	Sono presenti procedure per la prevenzione/gestione delle complicanze più frequenti e più gravi nelle patologie trattate dall'U.O.
	2		(E)	A	Sono attuate e documentate le procedure condivise per la gestione delle complicanze
	3		(V)	B	Sono strutturati Audit clinici periodici (a cadenza almeno annuale) di aderenza alle procedure
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
3	1	Rischio clinico	(P)	A	Sono presenti procedure/protocolli con definizione di metodi, azioni e responsabilità relative a: a) il controllo di almeno una tipologia di infezione ospedaliera rilevante e frequente per la U.O. (per le UU.OO. chirurgiche è obbligatoria anche la sorveglianza delle infezioni del sito operatorio); b) il controllo di almeno un altro fattore di criticità rilevante e frequente per la sicurezza del paziente
	2		(E)	A	Sono attuate procedure/protocolli per la gestione dei rischi individuati
	3		(V)	B	Sono strutturati Audit clinici periodici (a cadenza almeno annuale) di aderenza alle procedure
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
4	1	Dimissione protetta	(P)	A	E' presente una procedura di dimissione protetta concordata con il responsabile del Distretto, che preveda l'informazione del paziente e dei familiari
	2		(E)	A	E' attuata la procedura di dimissione protetta
	3		(V)	B	E' verificata annualmente l'adesione alla procedura
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento della procedura di dimissione protetta
5	1	Consenso		A	Vengono applicate le procedure per l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario
6	1	Privacy		A	Sono applicate le procedure relative al rispetto della privacy

3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA

Codice MLO

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso campioni biologici	(P)	A	Sono presenti procedure documentate e condivise con la committenza per il processo di accettazione (comprese gestione delle urgenze/priorità)
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative al processo di accettazione
	3		(V)	B	Vengono realizzati periodici report che permettono di valutare l'applicazione delle procedure
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
2	1	Accesso	(P)	A	E' stata predisposta la lista delle prestazioni erogabili
	2		(E)	A	Viene fornita la lista delle prestazioni erogabili agli utenti esterni ed interni
	3		(V)	B	Viene controllata la diffusione e l'aggiornamento della lista
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
3	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione della documentazione sanitaria (es.storico degli esami precedentemente eseguiti) fornita dall'utente esterno/interno
	2		(E)	A	La gestione della documentazione sanitaria fornita dall'utente esterno ed interno è attuata con registrazione cartacea e/o informatica
	3		(V)	B	E' attuata una revisione periodica delle registrazioni al fine di valutarne la conformità a quanto pianificato
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Esiste una procedura documentata per l'acquisizione del consenso informato, la corretta compilazione della richiesta di esami e per la tracciabilità del campione biologico
	2		(E)	A	È documentata l' applicazione della procedura per l'acquisizione del consenso informato, la corretta compilazione della richiesta di esami e della tracciabilità del campione biologico
	3		(V)	B	Viene valutata attraverso report periodici l'applicazione della procedura per l'acquisizione del consenso informato, la corretta compilazione della richiesta di esami e della tracciabilità del campione biologico
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
6	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per la verifica della qualità nelle fasi di: preparazione del paziente, modalità di prelievo, raccolta ed eventuale trattamento del campione biologico
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative alla preparazione del paziente, modalità di prelievo, raccolta ed eventuale trattamento del campione biologico
	3		(V)	B	Viene valutata l'adesione alle procedure attraverso Audit periodici
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
5	1	Appropriatezza clinica	(P)	A	Sono presenti linee guida conformi all'EBM condivise con tutte le UU.OO. inerenti i profili di esami appropriati per le specifiche e più frequenti patologie trattate
	2		(E)	A	Le richieste di esami vengono compilate in applicazione delle linee guida
	3		(V)	B	Viene valutata l'adesione alle linee guida attraverso Audit periodici
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
6	1	Appropriatezza clinica	(P)	A	Il Servizio di Medicina di Laboratorio ha partecipato alla definizione di protocolli diagnostici da inserire nei percorsi assistenziali e dei Pacchetti .Ambulatoriali Complessi (PAC), condivisi con gli specialisti ospedalieri, i Medici di Medicina Generali (MMG) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS)
	2		(E)	A	Vengono applicate le procedure previste dai percorsi diagnostico-terapeutici e dai PAC

	3	(V)	B	Viene valutata l'adesione alle procedure concordate attraverso Audit periodici
	4	(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato

7	1	Qualità analitica	(P)	A	Sono definite le procedure per la verifica delle performance analitiche : istruzioni operative, report di calibrazione, del controllo di qualità interno (CQI) ed esterno (VEQ) e della validazione del metodo analitico
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure per la verifica delle performance analitiche : istruzioni operative, report di calibrazione, del controllo di qualità interno (CQI) ed esterno (VEQ) e della validazione del metodo analitico
	3		(V)	B	Vengono effettuati Audit periodici sulla qualità della performance analitica erogata
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento correlate ai risultati dell'Audit
8	1	Qualità analitica	(P)	A	Sono predisposte procedure per la gestione del rischio clinico associato ad errori pre-analitici, analitici e post-analitici
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure di gestione del rischio clinico associato ad errori pre-analitici, analitici e post-analitici
	3		(V)	B	Vengono effettuati Audit periodici sulla gestione degli errori
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento in relazione ai risultati dell'Audit
9	1	Documentazione	(P)	A	Sono predisposte procedure documentate inerenti la refertazione (es. contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, conservazione ed archiviazione)
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure inerenti la refertazione (es. contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, conservazione ed archiviazione)
	3		(V)	B	E' verificato che i referti siano conformi alle procedure inerenti la refertazione (es. contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, conservazione ed archiviazione)
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure inerenti la refertazione

3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

Codice: DI

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso	(P)	A	Sono state predisposte procedure documentate e condivise con la committenza per il processo di accettazione (comprese gestione delle urgenze/priorità)
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative al processo di accettazione
	3		(V)	B	Vengono realizzati periodici report che permettono di valutare l'applicazione delle procedure
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
2	1	Accesso	(P)	A	E' stato predisposto il catalogo delle prestazioni
	2		(E)	A	Viene diffuso il catalogo agli utenti esterni ed interni
	3		(V)	B	Viene verificata la diffusione e l'aggiornamento del catalogo
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
3	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono state predisposte procedure per la gestione della documentazione sanitaria fornita dall'utente esterno/interno
	2		(E)	A	La gestione della documentazione sanitaria fornita dall'utente esterno ed interno è attuata con registrazione cartacea e/o informatica
	3		(V)	B	E' attuata una revisione periodica delle registrazioni al fine di valutarne la conformità a quanto pianificato
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Esiste una procedura documentata per l'acquisizione del consenso informato
	2		(E)	A	È documentata l' applicazione della procedura per l'acquisizione del consenso informato
	3		(V)	B	Viene valutata attraverso report periodici l'applicazione della procedura per l'acquisizione del consenso informato
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
5	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per la verifica ed il miglioramento continuo della qualità per la preparazione del paziente
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative alla preparazione del paziente
	3		(V)	B	Viene valutata l'adesione alle procedure concordate attraverso Audit periodici
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato in relazione ai risultati dell'Audit
6	1	Appropriatezza clinica	(P)	A	Sono presenti Linee Guida conformi all'EBM, condivise con tutte le UU.OO. relativamente agli esami più appropriati per le specifiche e più frequenti patologie trattate
	2		(E)	A	Le richieste di esami vengono compilate nel rispetto delle linee guida
	3		(V)	B	Viene valutata l'adesione alle procedure concordate attraverso Audit periodici

	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato in relazione ai risultati dell'Audit
7	1	Appropriatezza clinica	(P)	A	Il Servizio di Diagnostica per immagini ha partecipato, alla definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici e dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (P.A.C.), condivisi con gli specialisti ospedalieri, i Medici di Medicina Generale (MMG) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS)
	2		(E)	A	Vengono applicate le procedure previste dai percorsi diagnostico-terapeutici e dai PAC
	3		(V)	B	Viene valutata l'adesione alle procedure concordate attraverso Audit periodici
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato in relazione ai risultati dell'Audit
8	1	Qualità delle prestazioni	(P)	A	Sono presenti linee guida conformi all'EBM e/o procedure per la corretta esecuzione di esami diagnostici
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure e/o linee guida EBM per la corretta esecuzione di esami diagnostici
	3		(V)	B	Vengono effettuati Audit periodici sulle procedure adottate
	4		(PM)	C	Sono previste ed attuate azioni di miglioramento in relazione ai risultati dell'Audit
9	1	Qualità delle prestazioni	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione del rischio clinico correlato alla tipologia di prestazioni erogate
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure di gestione del rischio clinico correlato alla tipologia di prestazioni erogate
	3		(V)	B	Vengono effettuati Audit periodici sulla gestione degli errori
	4		(PM)	C	Sono previste ed attuate azioni di miglioramento in relazione ai risultati dell'Audit
10	1	Documentazione	(P)	A	Sono presenti procedure documentate per definire il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, la loro corretta archiviazione
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure che definiscono il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, la loro corretta archiviazione
	3		(V)	B	Vengono effettuate verifiche periodiche sul rispetto ed adesione alle procedure che definiscono il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, la loro corretta archiviazione
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento

3.12 SERVIZIO TRASFUSIONALE
cfr. SPECIFICO DOCUMENTO

4. STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

4.1 RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PER DISABILI

4.1.1 Unità Speciali di Accoglienza Prolungata (USAP)

Codice: USAP

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito	
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità	
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori	
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative	
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti	
2	1		(P)	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato	
	2		(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati	
	3		(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dagli aspetti di collaborazione con altre strutture ed organizzazioni	
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni migliorative messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione	
3	1			A	Esiste documentazione della gestione delle liste d'attesa	
4	1		Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2			(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3			(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4	(PM)		C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate	
5	1	(P)		A	Esiste un atto/ regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità	
	2	(E)		A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni	
	3	(V)		B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato	
	4	(PM)		C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate	
6	1	(P)		A	E' pianificato l' inserimento del neo assunto/trasferito	
	2	(E)		A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/ trasferito	
	3	(V)		B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati	
	4	(PM)		C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti	

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
7	1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi e agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali e regionali
	2		(E)	B	C'è evidenza della messa in atto del piano di formazione
	3		(V)	B	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo
8	1		(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo
	2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente
	3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale
9	1	Sistema informativo	(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità
	2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata
	3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate
	4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variare e nuove esigenze aziendali
10	1		(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
11	1	(P)	A	Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione	
	2	(E)	A	Sono attuate procedure di accesso, di gestione di informazioni e di conservazione dei dati informatici	
	3	(V)	B	Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici	
	4	(PM)	C	Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate	
12	1	Presenza in carico		A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari
13	1			A	E' documentata l'effettuazione di un controllo periodico da parte di uno specialista neurologo/rianimatore per valutare l'evoluzione dello stato clinico
14	1			A	E' identificata per ogni ospite una persona che lo rappresenta per quanto riguarda confidenzialità delle informazioni, consenso ai trattamenti, gestione delle finanze e dei beni personali

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
15	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento sulla base delle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida
16	1			A	E' garantita la consulenza di un esperto di nutrizione clinica
17	1			B	E' garantito un programma di sostegno psicologico ai familiari
18	1			B	E' garantita l'attività di formazione dei familiari e di consulenza organizzativa per sostenere programmi di dimissione a domicilio
19	1		Qualità (Rischio clinico)	(P)	A
	2	(E)		A	È attuato il piano di gestione del rischio delle infezioni nosocomiali, piaghe da decubito e somministrazione dei farmaci
	3	(V)		B	Viene valutato il report di verifica tra quanto pianificato e realizzato
	4	(PM)		C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
20	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, trasferimento in altra struttura extraospedaliera o ospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissione
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
21	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dai familiari. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dai familiari
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione dei familiari sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione dei familiari
22	1	Comfort		C	Lo spazio all'aperto è adeguatamente attrezzato in funzione delle esigenze degli utenti

4.1.2 RESIDENZE SANITARIE E SOCIO ASSISTENZIALI DISABILI

**Residenze di Riabilitazione Intensiva (RRI) Residenze Riabilitazione Estensiva (RRE)
- RSA disabili adulti (RSADA) - RA disabili adulti (RADA)**

Codice: **RSSAD**

Requisiti per RRI - RRE - RSADA- RADA

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito	si/no	
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità		
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori		
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative		
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti		
2	1			(P)	A	Esiste un documento disciplinante l' organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato	
	2			(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati	
	3			(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dagli aspetti di collaborazione con altre strutture ed organizzazioni	
	4			(PM)	C	Sono attuate azioni migliorative messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione	
3	1			A	Esiste documentazione della gestione delle liste d'attesa		
4	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente		
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/turnover, organizzazione e gestione del personale		
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato		
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate		
5	1			(P)	A	Esiste un atto/ regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità	
	2			(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni	
	3			(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato	
	4			(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate	
6	1		(P)	A	E' pianificato l' inserimento del neo assunto/trasferito		
	2		(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito		
	3		(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati		
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti		

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito	si/no
7	1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi e agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali e regionali	
	2		(E)	B	C'è evidenza della messa in atto del piano di formazione	
	3		(V)	B	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato	
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo	
8	1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo	
	2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente	
	3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale	
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale	
9	1	Sistema informativo	(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità	
	2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata	
	3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate	
	4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variare e nuove esigenze aziendali	
10	1	Sistema informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti nel rispetto della normativa vigente sulla privacy	
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato	
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report	
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica	
11	1	Sistema informativo	(P)	A	Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione	
	2		(E)	A	Sono attuate procedure di accesso, di gestione di informazioni e di conservazione dei dati informatici	
	3		(V)	B	Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici	
	4		(PM)	C	Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate	
12	1	Presenza in carico		A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza o del progetto riabilitativo e dei rapporti con i familiari	
13	1			A	E' documentata l'effettuazione di una valutazione periodica del grado di disabilità del paziente (per le Residenze Riabilitazione Intensiva ed Estensiva coerentemente alla scadenza prevista dal progetto riabilitativo)	
14	1			A	E' identificata, nelle condizioni ove richiesta, una persona che rappresenti l'ospite per quanto riguarda confidenzialità delle informazioni, consenso ai trattamenti, gestione delle finanze e dei beni personali	
15	1		Presenza in carico		A	Volontari e parenti sono addestrati a facilitare i movimenti degli ospiti
16	1			A	Vi sono programmi individuali di addestramento alla continenza e di accompagnamento alla toilette	

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito	si/no
17	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati	
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida	
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida	
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento sulla base delle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida	
18	1			B	I familiari sono addestrati al nursing prima della dimissione	
19	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	La Direzione Sanitaria della struttura ha attivato i gruppi di lavoro (con azioni e responsabilità) sui seguenti rischi: 1. infezioni nosocomiali, 2. piaghe da decubito, 3. cadute pazienti, 4. somministrazione dei farmaci	
	2		(E)	A	È attuato il piano di gestione del rischio delle infezioni nosocomiali, piaghe da decubito, cadute dei pazienti e somministrazione dei farmaci	
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto pianificato e realizzato	
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche	
20	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, trasferimento in altra struttura extraospedaliera o ospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissione	
	2	<i>Nota: Requisito valido</i>	(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione	
	3	<i>per RRI-RRE- RSADA</i>	(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche	
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche	
21	1	Qualità (foglio clinico-terapeutico assistenziale)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità del foglio clinico-terapeutico assistenziale, con criteri riferiti a: documentazione delle attività terapeutico-assistenziali e trasferimento in altra struttura residenziale o istituti di ricovero	
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione	
	3	<i>Nota: Requisito valido</i>	(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di fogli clinico-terapeutico assistenziali	
	4	<i>per RADA</i>	(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche	
22	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dagli ospiti/pazienti e familiari. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti	
	2		(E)	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dagli ospiti/pazienti	
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione degli ospiti/pazienti sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione degli ospiti/pazienti	
23	1	Comfort		C	Lo spazio all'aperto è adeguatamente attrezzato in funzione delle esigenze degli ospiti	

4.1.3 STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE

Codice: SSR

Requisiti per SSR

N° requisito		Oggetto	Fase MCO	Liv.	Requisito
1	1	Direzione di struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito un documento relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
3	1	Formazione e aggiornamento del personale		A	Esiste un piano di formazione del personale
4	1			A	C'è evidenza della messa in atto del piano di formazione
5	1	Sistema Informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati di presenza e di attività
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta, gestione dei dati e della documentazione attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
	1		(P)	A	E' presente una procedura sui seguenti rischi: 1. cadute pazienti, 2. somministrazione dei farmaci

6	2	Qualità (Rischio clinico)	(E)	B	Sono attuate le procedure sui seguenti rischi: 1. cadute pazienti, 2. somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto progettato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
8	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
9	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida

4.1.4 RESIDENZE MINORAZIONI PLURISENSORIALI ETA' EVOLUTIVA

Codice: RMPEE

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1		(P)	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
	2		(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3		(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dalle collaborazioni con altre strutture ed organizzazioni
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione
3	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione ed organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1		(P)	A	Esiste un atto/ regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
5	1		(P)	A	E' pianificato l' inserimento del neo assunto/trasferito
	2		(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito
	3		(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti

6	1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi e agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali / regionali
	2		(E)	B	Vi è evidenza della messa in atto del piano di formazione
	3		(V)	B	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo
7	1		(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo
	2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente
	3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale
8	1		(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità
	2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata
	3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate
	4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variare e nuove esigenze aziendali
9	1		(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
10	1	(P)	A	Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione	
	2	(E)	A	Sono attuate procedure di accesso, di gestione di informazioni e di conservazione dei dati informatici	
	3	(V)	B	Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici	
	4	(PM)	C	Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate	

11	1	Presa in carico		A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del Progetto Educativo Riabilitativo Individuale e personalizzato e dei rapporti con i familiari
12	1			A	E' documentata l'effettuazione di una valutazione periodica del grado di disabilità dell'ospite
14	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia degli ospiti
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento sulla base delle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida
15	1			B	E' garantito un programma di sostegno psicologico ai familiari
16	1			B	E' garantita l'attività di formazione dei familiari e di consulenza organizzativa per sostenere programmi di dimissione a domicilio
17	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità della cartella clinica, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso clinico-riabilitativo-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, trasferimento in altra struttura extraospedaliera o ospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissione
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
18	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dai familiari. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dai familiari
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione dei familiari sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni di miglioramento sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione dei familiari

4.1.5 Residenze Disturbi del Comportamento e Patologie Neuropsichiatriche Età Evolutiva

Codice: RDCPNEE

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito	
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità	
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori	
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative	
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti	
2	1		Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
	2			(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3			(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dalle collaborazioni con altre strutture ed organizzazioni
	4			(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione
3	1	Gestione risorse umane		(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2			(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/turnover, organizzazione e gestione del personale
	3			(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4			(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1		Gestione risorse umane	(P)	A	Esiste un atto/regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
	2			(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
	3			(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato
	4			(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
5	1	Gestione risorse umane		(P)	A	E' pianificato l' inserimento del neo assunto/trasferito
	2			(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito
	3			(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati

	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti
--	---	--	------	---	--

6	1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi ed agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali/regionali
	2		(E)	B	Vi è evidenza della messa in atto del piano di formazione
	3		(V)	B	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo
7	1		(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo
	2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente
	3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale
8	1	(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità	
	2	(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata	
	3	(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate	
	4	(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variare e nuove esigenze aziendali	
9	1	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti	
	2	(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato	
	3	(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report	
	4	(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica	
10	1	(P)	A	Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione	
	2	(E)	A	Sono attuate procedure di accesso, di gestione di informazioni e di conservazione dei dati informatici	
	3	(V)	B	Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici	
	4	(PM)	C	Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate	

11	1	Presa in carico		A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari
12	1			A	E' documentata l'effettuazione di un controllo periodico per valutare l'evoluzione dello stato clinico
14	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento sulla base delle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida
16	1			B	E' garantito un programma di sostegno psicologico ai familiari
17	1			B	E' garantita l'attività di formazione dei familiari e di consulenza organizzativa per sostenere programmi di dimissione a domicilio
19	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso terapeutico-riabilitativo-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, trasferimento in altra struttura extraospedaliera o ospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissione
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
20	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dai familiari. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dai familiari
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione dei familiari sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione dei familiari

4.2 RESIDENZIALITA' SALUTE MENTALE

4.2.1 RESIDENZE SANITARIE PSICHIATRICHE

Residenze Riabilitative Psichiatriche per la post-acuzie (RRPPA); Case Famiglia (CF); Residenze Protette (RP)

Codice: RSP

Requisiti COMUNI per Residenze Riabilitative Psichiatriche per la post-acuzie ; Case Famiglia; Residenze Protette

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito	
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità	
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori	
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative	
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti	
2	1		Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture ed istituzioni pubbliche
	2			(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3			(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dalle collaborazione con altre strutture e organizzazioni
	4			(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione
3	1	Gestione risorse umane		(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2			(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/turnover, organizzazione e gestione del personale
	3			(V)	B	È verificato che quanto pianificato è stato attuato
	4			(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1		Gestione risorse umane	(P)	A	Esiste un atto/regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
	2			(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
	3			(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4			(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
5	1	Gestione risorse umane		(P)	A	E' pianificato l'inserimento del neo assunto/trasferito
	2			(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito
	3			(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati
	4			(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti

6	1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	Esiste il piano di formazione annuale in riferimento alla tipologia di utenti/pazienti ospitati valido ai fini dell'ECM
	2		(E)	B	C'è evidenza della messa in atto del piano di formazione
	3		(V)	B	Sono presenti report di verifica tra quanto programmato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo
7	1		(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier di sviluppo professionale continuo individuali e di gruppo
	2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente
	3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale
8	1	Sistema informativo	(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi, in coerenza con il sistema informativo regionale (SISM)
	2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata
	3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate
	4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variare e nuove esigenze aziendali
9	1		(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti nel rispetto della normativa vigente sulla privacy
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
10	1	Presenza in carico		A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari
11	1			A	E' documentata l'effettuazione e la valutazione periodica dello stato psicosociale dell'utente/paziente
12	1			A	E' identificata per ogni utente/paziente una persona che lo rappresenti per quanto riguarda confidenzialità delle informazioni, consenso ai trattamenti, gestione delle finanze e dei beni personali
13	1			B	Sono previsti programmi di inserimento lavorativo
14	1			C	Associazioni e familiari sono coinvolti nei processi di socializzazione degli utenti/pazienti

15	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	La Direzione Sanitaria della struttura ha attivato i gruppi di lavoro (con azioni e responsabilità) sui seguenti rischi: 1. autolesioni e condotte d'allarme 2. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	A	È attuato il piano di gestione del rischio di autolesioni, condotte d'allarme e somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto pianificato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
16	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti e dai familiari, con il coinvolgimento delle associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni di miglioramento sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti



4.2.2 RESIDENZE SANITARIE PSICHIATRICHE

Residenze Riabilitative Psichiatriche per la post-acuzie (RRPPA) ; Case Famiglia (CF); Residenze Protette (RP)

Codice: RSP

Requisiti SPECIFICI per Residenze Riabilitative Psichiatriche per la post-acuzie

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida terapeutiche (regionali o nazionali) contestualizzate e condivise con il CSM, in riferimento alla tipologia dei pazienti ri
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
	1		(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due procedure/protocolli condivisi con il CSM per il monitoraggio degli effetti collaterali derivanti dall'uso di psicofarmaci
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle procedure/protocolli
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle procedure/protocolli
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
2	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione di trasferimento in altra struttura residenziale o ospedaliera e caratteristiche della lettera di dimissione
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazioni e verifiche

Requisiti SPECIFICI per Case Famiglia/Residenze Protette

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida (regionali o nazionali) contestualizzate e condivise con il CSM, in riferimento alla tipologia degli ospiti
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
2	1	Qualità (scheda clinico-terapeutico-assistenziale)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità della scheda clinico- terapeutico-assistenziale con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso clinico-terapeutico-assistenziale, trasferimento in altra struttura residenziale o ospedaliera e caratteristiche della lettera di dimissione
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di schede clinico-terapeutico-assistenziali
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche

4.2.3 GRUPPI APPARTAMENTO DI CONVIVENZA

Codice: GAC

N° requisito		Oggetto	Fase MCO	Liv.	Requisito
1	1	Direzione di struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1			A	Esiste un documento disciplinante l'integrazione con la rete dei servizi socio-sanitari e sociali del territorio
3	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito un documento relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/turnover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
5	1	Sistema Informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati di presenza e di attività svolte in collegamento con il CSM
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
6	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	E' presente una procedura sui seguenti rischi: 1. autolesioni e condotte d'allarme, 2. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure sui seguenti rischi: 1. autolesioni e condotte d'allarme, 2. somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto pianificato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazioni e verifiche
7	1	Qualità (scheda terapeutico-socio-assistenziale)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità della scheda terapeutico-socio-assistenziale, con criteri riferiti a: documentazione delle attività terapeutico-socio-assistenziali e trasferimento in altra struttura
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di schede terapeutico-socio-assistenziali
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche

4.2.4 CENTRI DIURNI PSICHIATRICI

Codice CDP

N° requisito		Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Direzione di struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1			A	Esiste un documento disciplinante l' integrazione con la rete dei servizi socio-sanitari e sociali del territorio
3	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito un documento relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/turnover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1	Formazione e aggiornamento del personale		A	Esiste un piano di formazione annuale del personale
5	1			A	C' è evidenza della messa in atto del piano di formazione
6	1	Sistema Informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati di presenza e di attività attraverso scheda/sistema informatizzato
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
7	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	E' presente una procedura sui seguenti rischi: 1. condotte d'allarme, 2. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure sui seguenti rischi: 1. condotte d'allarme, 2. somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto pianificato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
8	1	Qualità (Cartella socio-sanitaria)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità del cartella socio-sanitaria in uso, con criteri riferiti a: documentazione delle attività clinico-assistenziali-riabilitative e trasferimento in altra struttura residenziale o istituti di ricovero
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri previsti nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di fogli socio-assistenziali
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
9	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	Sono presenti almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	Viene effettuato il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida

4.2.5 CENTRO DIURNO DISTURBI SPETTRO AUTISTICO

Codice CDDSA

N° requisito		Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Direzione di struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1			A	Esiste un documento disciplinante l' integrazione con la rete dei servizi socio-sanitari e sociali del territorio
3	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito un documento relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1	Formazione e aggiornamento del personale		A	Esiste un piano di formazione annuale del personale
5	1			A	C' è evidenza della messa in atto del piano di formazione
6	1	Sistema Informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati di presenza e di attività attraverso scheda/sistema informatizzato
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
7	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	E' presente una procedura sui seguenti rischi: 1. condotte d'allarme, 2. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure sui seguenti rischi: 1. condotte d'allarme, 2. somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto pianificato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
8	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità della cartella clinica in uso, con criteri riferiti a: documentazione delle attività clinico-assistenziali-riabilitative e trasferimento in altra struttura residenziale o istituti di ricovero
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri previsti nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
9	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	Sono presenti almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite ai disturbi dello spettro autistico
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	Viene effettuato il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida

4.3 RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

4.3.1 RESIDENZE SANITARIE E SOCIO ASSISTENZIALI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

RSA Anziani (RSAA) - RSA Demenze (RSAD) - Residenze Assistenziali Anziani (RAA)

Codice RSSAA

Requisiti COMUNI per RSAA - RSAD - RAA

N° requisito		Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito	
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità	
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori	
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative	
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti	
2	1		(P)	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato	
	2		(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati	
	3		(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dagli aspetti di collaborazione con altre strutture e organizzazioni	
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni migliorative messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione	
3	1			A	Esiste documentazione della gestione delle liste d'attesa	
4	1		Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2			(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3			(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4	(PM)		C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate	
5	1	(P)		A	Esiste un atto/regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità	
	2	(E)		A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni	
	3	(V)		B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato	
	4	(PM)		C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate	
6	1	(P)		A	E' pianificato l' inserimento del neo assunto/trasferito	
	2	(E)		A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/neo inserito	
	3	(V)		B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati	
	4	(PM)		C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti	

7	1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi e agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali e regionali
	2		(E)	B	C'è evidenza della messa in atto del piano di formazione
	3		(V)	B	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo
8	1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo
	2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente
	3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale
9	1	Sistema informativo	(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità
	2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata
	3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate
	4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variare e nuove esigenze aziendali
10	1	Sistema informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
11	1	Sistema informativo	(P)	A	Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione
	2		(E)	A	Sono attuate procedure di accesso, di gestione di informazioni e di conservazione dei dati informatici
	3		(V)	B	Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici
	4		(PM)	C	Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate

12	1	Presenza in carico		A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari
13	1			A	E' documentata l'effettuazione di una valutazione periodica dello stato di non autosufficienza del paziente
14	1			A	E' identificata, nelle condizioni ove richiesta, una persona che rappresenti l'ospite per quanto riguarda confidenzialità delle informazioni, consenso ai trattamenti, gestione delle finanze e dei beni personali
15	1			A	Volontari e parenti sono addestrati a facilitare i movimenti degli ospiti
16	1			A	Vi sono programmi individuali di addestramento alla continenza e di accompagnamento alla toilette
17	1		Qualità (Rischio clinico)	(P)	A
	2	(E)		A	È attuato il piano di gestione del rischio delle: infezioni nosocomiali, piaghe da decubito, cadute dei pazienti e somministrazione dei farmaci
	3	(V)		B	Viene valutato il report di verifica tra quanto progettato e realizzato
	4	(PM)		C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
18	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti e familiari. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti
19	1	Comfort		C	Lo spazio all'aperto è adeguatamente attrezzato in funzione delle esigenze degli utenti

4.3.2 RESIDENZE SANITARIE E SOCIO ASSISTENZIALI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

RSA Anziani (RSAA) - RSA Demenze (RSAD) - Residenze Assistenziali Anziani (RAA)

Codice RSSAA

Requisiti SPECIFICI per RSAA - RSAD- RAA

Requisiti specifici per Residenze Assistenziali Anziani (RAA)

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito	si/no	Annotazioni
1	1	Qualità (Foglio clinico terapeutico assistenziale)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità del foglio clinico terapeutico-assistenziale, con criteri riferiti a: documentazione delle attività terapeutico-assistenziali e trasferimento in altra struttura residenziale o istituti di ricovero		
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione		
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di fogli clinici terapeutico assistenziali		
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche		

Requisiti specifici per RSA Anziani (RSAA)

1	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La direzione sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati		
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida		
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida		
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida		
2	1			B	I familiari sono addestrati al nursing prima della dimissione		

3	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche in uso, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, trasferimento in altra struttura extraospedaliera o ospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissione		
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione		
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche		
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche		

Requisiti specifici per RSA Demenze (RSAD)

1	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La direzione sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati		
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida		
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida		
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida		
2	1			A	Esistono procedure per l'uso di contenzione fisica		
3	1			A	Sono individuate Linee Guida per l'uso di psicofarmaci		

4	1	ai paziente)		A	Esistono procedure per l'assunzione di liquidi ed alimenti		
5	1			A	Esistono procedure per i bisogni specifici dei pazienti con difficoltà cognitive		
6	1			B	E' organizzata e facilitata l'attività di un gruppo di sostegno per i familiari		
7	1			B	Esistono programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni dei pazienti		
8	1			B	I familiari sono addestrati al nursing prima della dimissione		
9	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, trasferimento in altra struttura extraospedaliera o ospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissione		
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri previsti nel documento di pianificazione		
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche		
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche		
10	1	Comfort		C	Esiste il Giardino Alzheimer		

4.3.3 SEMIRESIDENZE ANZIANI E SEMIRESIDENZE DEMENZE

Codice SA-SD

Requisiti COMUNI per SA-SD

N° requisito		Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Direzione di struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1			A	Esiste un documento disciplinante l' integrazione con la rete dei servizi socio-sanitari e sociali del territorio
3	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito un documento relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1	Formazione e aggiornamento del personale		A	Esiste un piano di formazione annuale del personale
	1			A	C' è evidenza della messa in atto del piano di formazione
5	1	Sistema Informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati di presenza e di attività
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
6	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	E' presente una procedura sui seguenti rischi: 1. cadute accidentali, 2. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure sui seguenti rischi: 1. cadute accidentali, 2. somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto progettato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche

4.3.4 SEMIRESIDENZE ANZIANI E SEMIRESIDENZE DEMENZE

Codice SA-SD

Requisiti SPECIFICI per SA-SD

Requisiti specifici per SA

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Qualità (Foglio socio-assistenziale)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità del foglio socio-assistenziale, con criteri riferiti a: documentazione delle attività terapeutico-assistenziali e trasferimento in altra struttura residenziale o istituti di ricovero
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri previsti nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di fogli socio-assistenziali
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
2	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	Sono presenti almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	Viene effettuato il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida

Requisiti specifici per SD

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Qualità (Foglio socio-assistenziale)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità del foglio socio-assistenziale in uso, con criteri riferiti a: documentazione delle attività terapeutico-assistenziali e trasferimento in altra struttura residenziale o istituti di ricovero
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri previsti nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di fogli socio-assistenziali
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
2	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	Sono presenti almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	Viene effettuato il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida
3	1	Comfort		C	Esiste il Giardino Alzheimer

4.4 DIPENDENZE PATOLOGICHE

4.4.1 COMUNITA' TERAPEUTICHE PER TOSSICODIPENDENTI (requisiti COMUNI)

Codice: CTT

N° requisito		Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito		
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento che formalizza, nel rispetto del PSR ed eventuale regolamento del Dipartimento delle Dipendenze, il rapporto di collaborazione (comprensivo della temporizzazione e delle forme per lo scambio di informazione sui pazienti) tra i SER.T. territorialmente competenti e la Comunità Terapeutica		
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori		
	3		(V)	B	C'è evidenza che il piano è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative		
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti		
2	1		Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità	
	2			(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori	
	3			(V)	B	C'è evidenza che il piano è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative	
	4			(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti	
3	1			Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
	2				(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3				(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dagli aspetti di collaborazione con altre strutture e organizzazioni
	4				(PM)	C	Sono attuate azioni migliorative messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione
3	1	Gestione risorse umane			(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2				(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/turnover, organizzazione e gestione del personale
	3				(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4				(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1		Gestione risorse umane		(P)	A	Esiste un atto/regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
	2				(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
	3				(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4				(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate

5	1		(P)	A	E' pianificato l' inserimento del neo assunto/trasferito
	2		(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito
	3		(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti
6	1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	Esiste il piano di formazione annuale in riferimento alla tipologia di utenti ospitati valido ai fini dell'ECM (ed in eventuale condivisione con il Ser.T.)
	2		(E)	B	C' è evidenza della messa in atto del piano di formazione
	3		(V)	B	Sono presenti report di verifica tra quanto pianificato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo
7	1		(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo
	2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente
	3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale
8	1	Sistema informativo	(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi, in coerenza con il sistema informativo regionale (SIND)
	2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata
	3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate
	4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento ed l'adeguamento delle attività in ordine a variare e nuove esigenze aziendali
9	1		(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti, anche attraverso scheda/sistema informatizzato, nel rispetto della normativa vigente sulla privacy
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
10	1	Presa in carico		A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari
11	1			A	E' documentata l'effettuazione e la valutazione periodica dello stato psicosociale del paziente
12	1			A	Sono previsti programmi di inserimento lavorativo
13	1			A	Volontari e parenti sono coinvolti nei processi di socializzazione degli ospiti

14	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	La Direzione Sanitaria della struttura ha attivato i gruppi di lavoro (con azioni e responsabilità) per la gestione del rischio clinico in relazione a: 1. autolesioni e condotte aggressive 2. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	A	E' attuato il piano di gestione del rischio clinico in relazione a: 1. autolesioni e condotte aggressive 2. somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Vengono valutati i report periodici di verifica tra quanto pianificato e quanto realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
15	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti e familiari, con il coinvolgimento delle associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti sono valutate congiuntamente con il Ser.T e con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni di miglioramento sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti
16	1	Qualità	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare i tassi di ritenzione in trattamento degli utenti/pazienti
	2		(E)	A	Vengono effettuate indagini per valutare i tassi di ritenzione in trattamento degli utenti/pazienti
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini sui tassi di ritenzione in trattamento degli utenti pazienti sono valutate congiuntamente con il Ser.T
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti
17	1	Qualità	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare il perdurare dell'astinenza dall'uso di droghe e il successo del reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti dopo un periodo di tempo programmato dal completamento del programma
	2		(E)	A	Vengono effettuate indagini per valutare il perdurare dell'astinenza dall'uso di droghe e il successo del reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti dopo un periodo di tempo programmato dal completamento del programma
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini per valutare il perdurare dell'astinenza dall'uso di droghe e il successo del reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti dopo un periodo di tempo programmato dal completamento del programma sono oggetto di analisi congiuntamente con il Ser.T
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini per valutare il perdurare dell'astinenza dall'uso di droghe e il successo del reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti dopo un periodo di tempo programmato dal completamento del programma

4.4.2 COMUNITA' TERAPEUTICHE PER TOSSICODIPENDENTI (requisiti SPECIFICI)

Codice: CTT

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	Il Responsabile dei Programmi Terapeutici Individualizzati ha condiviso con il Ser.T. il Programma Terapeutico di ciascuno dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza di tale condivisione
	4		(PM)	C	Il Responsabile dei Programmi Terapeutici Individualizzati mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
	1		(P)	A	Il Responsabile dei Programmi Terapeutici Individualizzati ha individuato almeno due procedure/protocolli condivisi con il Ser.T per il monitoraggio degli effetti collaterali derivanti dall'uso di psicofarmaci e farmaci sostitutivi
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle procedure/protocolli
	3		(V)	B	Il Responsabile dei Programmi Terapeutici Individualizzati effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle procedure/protocolli
	4		(PM)	C	Il Responsabile dei Programmi Terapeutici Individualizzati mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
	2		1	Qualità (Cartella clinica)	(P)
2		(E)	B		Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
3		(V)	B		È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
4		(PM)	B		Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA

Codice: ASM

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito	si/no
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa	
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa	
	3		(V)	B	Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi	
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa	
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della cartella/scheda clinica	
	2		(E)	A	E' attuata la procedura di gestione della cartelle/scheda clinica	
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura della gestione della cartelle/scheda clinica	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento della gestione della cartelle/scheda clinica	
3	1	Presa in carico del paziente	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente	
	2		(E)	A	E' attuata la procedura di gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente	
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	
4	1	Performance Clinico-Terapeutica	(P)	A	Sono definiti i protocolli diagnostico - terapeutici per le principali patologie trattate	
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico - terapeutici	
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica dei protocolli diagnostico-terapeutici	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	
5	1	Dimissione	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione delle informazioni fornite all'utente sul proseguimento delle cure	
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura di gestione delle informazioni fornite all'utente sul proseguimento delle cure	
	3		(V)	B	Viene valutata la comprensione dell'utente riguardo il proseguimento delle cure	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte ed attuate azioni di miglioramento	
6	1	Dimissione	(P)	A	E' presente una procedura che garantisca l'eventuale accesso ad un altro livello di assistenza sanitaria	
	2		(E)	A	La procedura di accesso ad un altro livello di assistenza è condivisa con i rispettivi livelli di responsabilità	
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica della procedura	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	

5.2 AMBULATORI

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A
	2		(E)	A
	3		(V)	B
	4		(PM)	C
2	1	Accesso sanitario	(P)	A
	2		(E)	A
	3		(V)	B
	4		(PM)	C
3	1	Accesso sanitario	(P)	A
	2		(E)	A
	3		(V)	B
	4		(PM)	C
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A
	2		(E)	A
	3		(V)	B
	4		(PM)	C

5	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A
	2		(E)	A
	3		(V)	B
	4		(PM)	C
6	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A
	2		(E)	A
	3		(V)	B
	4		(PM)	C
7	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A
	2		(E)	A
	3		(V)	B
	4		(PM)	C

IO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA

Codice: ASC

Requisito
E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione delle modalità di gestione delle liste e dei tempi di attesa
Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi
Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa,
Esiste una procedura per la gestione della cartella/scheda clinica
E' attuata la procedura di gestione della cartelle/scheda clinica
E' valutata l'applicazione della procedura
Vengono predisposte delle azioni di miglioramento della gestione della cartella/scheda clinica
Sono presenti procedure relative agli esami clinico-strumentali di preparazione alle prestazioni eseguite in regime ambulatoriale
Sono applicate le procedure relative agli esami clinico-strumentali previsti per le prestazioni eseguite in regime ambulatoriale
E' valutata l'applicazione delle procedure relative agli esami clinico-strumentali
Vengono predisposte ed attuate azioni di miglioramento organizzativo
Sono presenti procedure per l'acquisizione del consenso informato
E' attuata la procedura per l'acquisizione del consenso informato
Sono valutati i report di verifica della corretta acquisizione
Vengono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la corretta acquisizione del consenso informato

Sono presenti protocolli diagnostico – terapeutici per le prestazioni chirurgiche ambulatoriali trattate
Vengono applicati i protocolli diagnostico – terapeutici
Viene eseguita una revisione periodica dei protocolli diagnostico-terapeutici
Vengono predisposte ed attuate azioni di miglioramento organizzativo
Sono presenti procedure per la gestione del rischio clinico relativa a: - infezioni del sito operatorio (ISO) - lotto di strumentazione chirurgica (rintracciabilità)
Vengono applicate le procedure per la di gestione del rischio clinico relativa a: - infezioni del sito operatorio (ISO) - lotto di strumentazione chirurgica (rintracciabilità)
Vengono effettuati report periodici relativi al rispetto delle procedure per la gestione del rischio
Vengono predisposte ed attuate azioni di miglioramento organizzativo
Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze
E' attuata la partecipazione ai corsi di formazione di BLS o RCP del personale sanitario
Sono sottoposte a revisione periodica le procedure per la gestione delle emergenze
Vengono predisposte ed attuate azioni di miglioramento organizzativo

5.3 AMBULATORIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Codice: APS

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	3		(V)	B	Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa,
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della cartella infermieristica/fisioterapica
	2		(E)	A	E' attuata la procedura di gestione della cartella infermieristica/fisioterapica
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento
3	1	Presa in carico del paziente	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	2		(E)	A	E' attuata la procedura di gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento
4	1	Performance Assistenziale	(P)	A	Sono presenti protocolli assistenziali/riabilitativi per le principali condizioni patologiche trattate
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli assistenziali/riabilitativi
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica dei protocolli assistenziali/riabilitativi
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento

5	1	Dimissione	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione delle informazioni fornite all'utente sul proseguimento dell'assistenza/riabilitazione
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura di gestione delle informazioni
	3		(V)	B	Viene valutata la comprensione da parte dell'utente riguardo il proseguimento dell'assistenza/riabilitazione
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento
6	1	Dimissione	(P)	A	E' presente una procedura che garantisca l'eventuale accesso ad un altro livello di assistenza sanitaria
	2		(E)	A	La procedura di accesso ad un altro livello assistenziale è condivisa con i rispettivi livelli di responsabilità
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica della procedura
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento

5.4 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA ODONTOIATRICA

Codice: ASO

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito	si/no
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa	
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione delle modalità di gestione delle liste e dei tempi di attesa	
	3		(V)	B	Sono monitorati i tempi di attesa stabiliti e degli appuntamenti disattesi	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento per ridurre i tempi d'attesa	
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della cartella/scheda clinica dei pazienti odontoiatrici	
	2		(E)	A	E' attuata la procedura di gestione della cartelle/scheda clinica dei pazienti odontoiatrici	
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento della gestione della cartelle/scheda clinica dei pazienti odontoiatrici	
3	1	Accesso sanitario	(P)	A	Sono presenti procedure relative agli esami clinico-strumentali di preparazione alle prestazioni odontoiatriche eseguite in regime ambulatoriale	
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative agli esami clinico-strumentali previsti per le prestazioni odontoiatriche eseguite in regime ambulatoriale	
	3		(V)	B	E' valutata la applicazione delle procedure relative agli esami clinico-strumentali secondo quanto concordato	
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento organizzativo	
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per l'acquisizione del consenso informato dei pazienti	
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure per l'acquisizione del consenso informato dei pazienti	
	3		(V)	B	Sono effettuati report di verifica della corretta acquisizione del consenso informato dei pazienti	
	4		(PM)	C	Sono intraprese azioni di miglioramento per la corretta acquisizione del consenso informato dei pazienti	

5	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti protocolli diagnostico – terapeutici per le prestazioni odontoiatriche ambulatoriali più rilevanti	
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico – terapeutici per le prestazioni odontoiatriche ambulatoriali più rilevanti	
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica dei protocolli diagnostico-terapeutici	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni di miglioramento	
6	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione del rischio clinico relativo a: - infezioni post interventi chirurgici odontoiatrici - sterilizzazione strumentazione per chirurgia odontoiatrica (rintracciabilità)	
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure per la gestione del rischio clinico relativo a: - infezioni post interventi chirurgici odontoiatrici - sterilizzazione strumentazione per chirurgia odontoiatrica (rintracciabilità)	
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'attività relativa alla gestione del rischio clinico relativo a: - infezioni post interventi chirurgici odontoiatrici - sterilizzazione strumentazione per chirurgia odontoiatrica (rintracciabilità)	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni di miglioramento	
7	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze	
	2		(E)	A	E' attuata la partecipazione ai corsi di formazione di BLS o RCP del personale sanitario	
	3		(V)	B	Sono sottoposte a revisione periodica le procedure per la gestione delle emergenze	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte ed attuate azioni di miglioramento	

5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

Codice: MLA

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso campioni biologici	(P)	A	Sono presenti procedure documentate per il processo di accettazione
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative al processo di accettazione
	3		(V)	B	Vengono realizzati periodici report che permettono di valutare l'applicazione delle procedure
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
2	1	Accesso	(P)	A	E' stato predisposta la lista delle prestazioni erogabili che include il costo delle stesse e il regime di convenzionamento con SSN
	2		(E)	A	La lista deve essere regolarmente aggiornata e facilmente consultabile dagli utenti
	3		(V)	B	Viene controllata la consultabilità e il regolare aggiornamento della lista
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
3	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione della documentazione sanitaria fornita dagli utenti
	2		(E)	A	La gestione della documentazione sanitaria fornita dall'utente è attuata con registrazione cartacea e/o informatica
	3		(V)	B	E' attuata una revisione periodica delle registrazioni al fine di valutarne la conformità a quanto pianificato
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	E' presente una procedura documentata per l'acquisizione del consenso informato, per la corretta compilazione della richiesta di esami e per la tracciabilità del campione biologico
	2		(E)	A	È documentata l'applicazione della procedura per l'acquisizione del consenso informato, la corretta compilazione della richiesta di esami e per la tracciabilità del campione biologico
	3		(V)	B	Viene valutata attraverso report periodici l'applicazione della procedura per l'acquisizione del consenso informato, per la corretta compilazione della richiesta di esami e per la tracciabilità del campione biologico
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato

5	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per la verifica della qualità nelle fasi di: preparazione del paziente, modalità di prelievo, raccolta ed eventuale trattamento del campione biologico
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative alla preparazione del paziente, modalità di prelievo, raccolta ed eventuale trattamento del campione biologico
	3		(V)	B	Viene valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure sopra menzionate
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
6	1	Qualità analitica	(P)	A	Sono presenti procedure per la verifica ed 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 analitico
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure per il miglioramento continuo della performance analitica
	3		(V)	B	Viene valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure sopra menzionate
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
7	1	Qualità analitica	(P)	A	Sono predisposte procedure per la gestione del rischio clinico associato ad errori pre-analitici, analitici e post-analitici
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure di gestione del rischio clinico associato ad errori pre-analitici, analitici e post-analitici
	3		(V)	B	Viene valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure sopra menzionate
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
8	1	Documentazione	(P)	A	Sono predisposte procedure documentate inerenti la refertazione (es. contenuto dei referti, tempi, modi di consegna, conservazione ed archiviazione)
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure inerenti la refertazione (es. contenuto dei referti, tempi, modi di consegna, conservazione ed archiviazione)
	3		(V)	B	E' verificato che i referti siano conformi alle procedure inerenti la refertazione (es. contenuto dei referti, tempi, modi di consegna, conservazione ed archiviazione)
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure inerenti la refertazione

5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Codice paragrafo: DI

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso	(P)	A	Sono presenti procedure documentate per il processo di accettazione
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative al processo di accettazione
	3		(V)	B	Vengono realizzati periodici report che permettono di valutare l'applicazione delle procedure
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
2	1	Accesso	(P)	A	E' presente un catalogo delle prestazioni che include il costo delle stesse e l'erogabilità in regime di convenzionamento con SSN
	2		(E)	A	Il catalogo è a disposizione ed è facilmente consultabile dagli utenti
	4		(PM)	C	Il catalogo viene aggiornato ogni volta che si modificano i parametri contenuti nello stesso
3	1	Presenza in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione della documentazione sanitaria degli utenti
	2		(E)	A	La gestione della documentazione sanitaria fornita dall'utente è attuata con registrazione cartacea e/o informatica
	3		(V)	B	E' attuata una revisione periodica delle registrazioni al fine di valutarne la conformità a quanto pianificato
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
4	1	Presenza in carico del Paziente	(P)	A	E' presente una procedura documentata per la raccolta del consenso informato
	2		(E)	A	È documentata l'applicazione della procedura per la raccolta del consenso informato
	3		(V)	B	Viene valutata attraverso una reportistica periodica l'applicazione della procedura per la raccolta del consenso informato
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
5	1	Presenza in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per la verifica ed il miglioramento continuo della qualità per la preparazione del paziente
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative alla preparazione del paziente
	3		(V)	B	E' attuata una revisione periodica delle procedure
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
6	1	Qualità delle prestazioni	(P)	A	Sono presenti linee guida EBM e/o procedure per la corretta esecuzione di esami diagnostici
	2		(E)	A	Sono applicate le linee guida EBM e/o procedure per la corretta esecuzione di esami diagnostici
	3		(V)	B	E' attuata una revisione periodica delle procedure adottate
	4		(PM)	C	Sono previste ed attuate azioni di miglioramento in relazione ai risultati dell'Audit
7	1	Qualità delle	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione del rischio clinico correlato alla tipologia di prestazioni erogate
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure di gestione del rischio clinico correlato alla tipologia di prestazioni erogate

	3	prestazioni	(V)	B	Vengono effettuati Audit periodici sulla gestione degli errori
	4		(PM)	C	Sono previste ed attuate azioni di miglioramento in relazione ai risultati dell'Audit
8	1	Documentazione	(P)	A	Sono presenti procedure documentate per definire il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, la loro corretta archiviazione
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure che definiscono il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna e la loro corretta archiviazione
	3		(V)	B	E' verificato periodicamente che vengano rispettate le procedure che definiscono il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, la loro corretta archiviazione
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento

5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

Codice: ARF

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito	si/no
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa	
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa	
	3		(V)	B	Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi	
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa	
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura documentata e condivisa per definire tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni clinico-riabilitative (controindicazioni, priorità, ecc.)	
	2		(E)	A	E' applicata la procedura che definisce tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni clinico-riabilitative	
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici (derivanti dall'utilizzo di check list) l'applicazione della procedura	
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento	
3	1	Presenza in carico del Paziente	(P)	A	E' presente una procedura che consente all'utente (o agli aventi diritto) di ottenere informazioni circa: - valutazioni cliniche ambientali e strumentali - interventi riabilitativi - risultati attesi - operatori coinvolti - identificazione del case manager responsabile del percorso riabilitativo	
	2		(E)	A	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 - identificazione del case manager responsabile del percorso riabilitativo	
	3		(V)	B	Vengono valutati periodicamente i report sulla applicazione della procedura	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	
4	1	Presenza in carico del Paziente	(P)	A	Sono definiti i criteri di costituzione del team multidisciplinare e multiprofessionale per tipologia di paziente	
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri di costituzione del team riabilitativo	
	3		(V)	B	Vengono valutati periodicamente i report sulla applicazione dei criteri di costituzione del team riabilitativo	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni correttive	
5	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono definiti i protocolli diagnostico - riabilitativi per le principali patologie trattate consultabili da tutti coloro che intervengono nel trattamento	
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico - riabilitativi sono regolarmente consultati ed applicati	
	3		(V)	B	E' periodicamente monitorata la modalità di consultazione e l'applicazione dei protocolli	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	
6	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono presenti procedure e/o Linee Guida conformi all'evidenza per la realizzazione di un progetto riabilitativo individuale multidisciplinare e multiprofessionale	
	2		(E)	A	Vengono applicate le procedure inerenti il progetto riabilitativo individuale multidisciplinare e multiprofessionale	
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione del progetto riabilitativo attraverso l'auditing	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	
	1		(P)	A	E' presente una procedura per lo sviluppo ed il miglioramento del progetto riabilitativo individuale (verifica dei risultati conseguiti a seguito dei trattamenti riabilitativi, congruità delle prestazioni e del rapporto n. operatori/carico di lavoro specifico e n. pazienti/operatori)	
	2		(E)	A	Viene applicata la procedura per lo sviluppo ed il miglioramento del progetto riabilitativo individuale (verifica dei risultati conseguiti a seguito dei trattamenti riabilitativi, congruità delle prestazioni e del rapporto n. operatori/carico di lavoro specifico e n. pazienti/operatori)	

7	3	Performance Clinico-Terapeutiche	(V)	B	Sono utilizzati strumenti di monitoraggio periodico per la verifica dell'adesione alla procedura per lo sviluppo ed il miglioramento del progetto riabilitativo individuale (verifica dei risultati conseguiti a seguito dei trattamenti riabilitativi, congruità delle prestazioni e del rapporto n. operatori/carico di lavoro specifico e n. pazienti/operatori)	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	
8	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Esiste una procedura per l'attivazione della erogazione dei materiali protesici (es. registrazione delle autorizzazioni)	
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per l'attivazione della erogazione protesi	
	3		(V)	B	Vengono effettuati report periodici per verificare l'adesione alla procedura (es. registrazione delle autorizzazioni)	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	
9	1	Dimissione	(P)	A	E' presente una procedura che, a conclusione del progetto riabilitativo, definisce i contenuti della lettera di dimissione e garantisce l'eventuale proseguimento delle cure e/o inserimento in una rete di servizi	
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura che, a conclusione del ciclo terapeutico, definisce i contenuti della lettera di dimissione e garantisce l'eventuale prosieguo di cure e/o inserimento in una rete di servizi	
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'adesione alla procedura con particolare attenzione al grado di comprensione del paziente e dei familiari riguardo ai contenuti della lettera di dimissione	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	
10	1	Follow-up	(P)	A	E' presente una procedura per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow-up	
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura riguardante il follow-up	
	3		(V)	B	Esiste un monitoraggio per la valutazione della validità del follow-up	
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	

5.8 CONSULTORI FAMILIARI

Codice: CF

Espleta le funzioni di cui alle leggi 405/75 e 194/78.

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Valutazione della performance clinica		A	La struttura è dotata di criteri e strumenti di valutazione delle attività svolte che consentano di verificare l'appropriatezza delle procedure facendo riferimento a linee guida basate sulle evidenze scientifiche (EBM)
2	1	"core " di attività		A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di donne che accedono alla struttura annualmente/popolazione target
3	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore:N° totale di accessi annuali/popolazione target
4	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di gravide prese in carico e seguite per tutta la gravidanza/totale parti bacino di utenza di riferimento
5	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di accessi per gravida
6	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di puerpere seguite ambulatorialmente o domiciliariamente/totale nati bacino di utenza di riferimento
7	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° utenti per psicologia/popolazione target
8	1		attività aggiuntive consultoriali		A
9	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di donne che rispondono allo screening di 2° livello/popolazione target
10	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di donne che rispondono attività di screening /popolazione target (standard > 60%)
11	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di gravide che si ritirano dai corsi non per motivi medici/totale donne partecipanti
12	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di utenti dei corsi nascita/totale dei nati da residenti
13	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di donne che allattano al seno almeno nei primi sei mesi/N° nati bacino di utenza di riferimento
14	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° ore di educazione sessuale agli adolescenti/popolazione target
15	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° utenti degli spazi giovani/popolazione target
16	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° certificati IVG/ IVG da residenti
17	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° utenti per contraccezione/popolazione target
18	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° utenti menopausa/popolazione target
19	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° protocolli adottati/ N° di protocolli valutati
20	1			A	Sono promosse iniziative finalizzate all'informazione, all'educazione e alla prevenzione dei tumori della sfera genitale
21	1			A	Si svolgono iniziative finalizzate alla promozione dell'allattamento al seno

22	1		A	Sono promosse iniziative finalizzate all'informazione, all'educazione sessuale per la procreazione responsabile
23	1		A	Sono previsti e progettati interventi preventivi/educativi su popolazione a rischio di disfunzioni del piano perineale (gravide e donne in premenopausa)
24	1		A	Sono attivati piani formativi del personale
25	1		A	Sono promosse iniziative finalizzate all'educazione e prevenzione dei disturbi della menopausa
26	1		A	Sono promosse iniziative finalizzate all'educazione e prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse
27	1		A	Sono previsti corsi di formazione del personale all'utilizzo del computer
28	1		A	Sono previste procedure per la raccolta dei dati necessari per la sorveglianza epidemiologica, utilizzabili a scopo preventivo, statistico ed epidemiologico
29	1		A	E' prevista la informatizzazione della rilevazione dell'attività

5.9 AMBULATORI DI MEDICINA DELLO SPORT DI I° LIVELLO E CENTRI DI MED. DELLO SPORT DI II° E III° LIVELLO

codice paragrafo: AMSI, CMSII, CMSIII

Requisiti comuni Ambulatori di I° livello e Centri di II° e III° livello

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito	si/no	Annotazioni
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa		
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa		
	3		(V)	B	Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi		
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa,		
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della cartella clinica		
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per la gestione della cartella clinica		
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura		
	4		(PM)	C	Vengono messe in atto delle azioni di miglioramento della gestione della cartella clinica		
3	1	Presenza in carico del paziente	(P)	A	Esiste una procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente		
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente		
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura		
	4		(PM)	C	Vengono messe in atto delle azioni di miglioramento		
4	1	Performance Valutazioni Cliniche	(P)	A	Sono presenti protocolli di valutazione funzionale per la certificazione d'idoneità per le specifiche pratiche sportive		
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli di valutazione funzionale		
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica dei protocolli di valutazione funzionale		
	4		(PM)	C	Vengono messe in atto delle azioni di miglioramento		
5	1	Dimissione	(P)	A	E' presente una procedura che garantisca l'eventuale accesso ad un altro livello di strutture di medicina dello sport		
	2		(E)	A	La procedura di accesso ad un altro livello di struttura è condivisa con i rispettivi livelli di responsabilità		
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica della procedura		
	4		(PM)	C	Vengono messe in atto delle azioni di miglioramento		
Requisiti specifici Centri di Medicina dello Sport di II° livello							
	1		(P)	A	Esistono protocolli e/o linee guida conformi all'EBM per i soggetti con disabilità motorie		

1	2	Performance Clinico-Terapeutica	(E)	A	Vengono applicati i protocolli e/o linee guida		
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica dei protocolli/ e/o linee guida		
	4		(PM)	C	Vengono messe in atto delle azioni di miglioramento		
Requisiti specifici Centri di Medicina dello Sport di III° livello							
2	1	Performance Clinico-Terapeutica	(P)	A	Sono sviluppate attività didattiche e scientifiche, in collaborazione con la AUSL Regionali in materia di Medicina dello Sport		
	2		(E)	A	Viene attuata la programmata attività didattica e scientifica		
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica dei contenuti dell'attività didattica e scientifica		
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento		
3	1	Performance Clinico-Terapeutica	(P)	A	Sono presenti protocolli e/o linee guida conformi all'EBM per la valutazione dei soggetti con disabilità motorie e valutazione psico-attitudinale		
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli/linee guida		
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica dei protocolli/linee guida		
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento		
4	1	Performance Clinico-Terapeutica	(P)	A	Sono presenti procedure per la valutazione funzionale d specifiche categorie a rischio		
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure per la valutazione funzionale d specifiche categorie a rischio		
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica delle procedure		
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento		
5	1	Performance Clinico-Terapeutica	(P)	A	Sono presenti procedure/protocolli operativi condivisi con le Federazioni Sportive riconosciute dal CONI in relazione al fenomeno DOPING		
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure/protocolli condivisi		
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica delle procedure		
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento		

5.10 STABILIMENTI TERMALI

Codice: ST

1	1	Accesso sanitario	(P)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative esiste una procedura documentata e condivisa per definire tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni clinico-riabilitative (controindicazioni, priorità, ecc...)
	2		(E)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative è applicata la procedura che definisce tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni clinico-riabilitative (controindicazioni, priorità, ecc...)
	3		(V)	B	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative sono valutati periodicamente i report (derivanti dall'utilizzo di check list) sulla applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative esiste una procedura per la gestione della cartella/scheda sanitaria
	2		(E)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative è attuata la procedura di gestione della cartelle/scheda sanitaria
	3		(V)	B	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative vengono effettuati report periodici sull'applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento
3	1	Presa in carico del paziente	(P)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative esiste una procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	2		(E)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative è attuata la procedura di gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	3		(V)	B	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative vengono effettuati report periodici sull'applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative sono definiti i criteri di costituzione del team multidisciplinare e multiprofessionale per tipologia di paziente
	2		(E)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative sono applicati i criteri di costituzione del team riabilitativo
	3		(V)	B	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative vengono valutati periodicamente i report sulla applicazione dei criteri di costituzione del team riabilitativo
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento

5	1	Performance Clinico- Terapeutica	(P)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative sono definiti i protocolli terapeutici per le principali patologie trattate
	2		(E)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative vengono applicati i protocolli terapeutici per le principali patologie trattate
	3		(V)	B	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative vengono effettuati report periodici sull'applicazione dei protocolli terapeutici
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento
6	1	Dimissione	(P)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative esiste una procedura per la gestione delle informazioni fornite all'utente sul proseguimento delle cure (con particolare attenzione alla comprensione dell'utente)
	2		(E)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative viene attuata la procedura di gestione delle informazioni
	3		(V)	B	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative vengono effettuati report periodici sull'applicazione della procedura (con particolare attenzione alla comprensione dell'utente riguardo il proseguimento delle cure)
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento

6. STUDI PROFESSIONALI MEDICI, ODONTOIATRICI E DELLE PROFESSIONI SANITARIE

6.1 STUDIO DI SPECIALISTICA MEDICA

Codice: SSM

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	Esiste una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	Esiste una procedura per la gestione della cartella/scheda clinica
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per la gestione della cartelle/scheda clinica
3	1	Presenza in carico del paziente	(P)	A	Esiste una procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
4	1	Performance Clinico-Terapeutica	(P)	A	Sono definiti i protocolli diagnostico - terapeutici per le principali patologie trattate
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico - terapeutici
5	1	Dimissione	(P)	A	Esiste una procedura per la gestione delle informazioni fornite all'utente sul proseguimento delle cure
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura di gestione delle informazioni
6	1	Dimissione	(P)	A	Esiste una procedura che garantisce l'eventuale accesso ad un altro livello di assistenza sanitaria condivisa con i rispettivi livelli di responsabilità
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura di accesso ad un altro livello di assistenza sanitaria condivisa con i rispettivi livelli di responsabilità
7	1			A	E' rispettata la normativa vigente in termini di abbattimento delle barriere architettoniche

6.2 STUDIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA

Codice: SSC

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione delle modalità di gestione delle liste e dei tempi di attesa
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della cartella/scheda clinica
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per la gestione della cartelle/scheda clinica
3	1	Accesso sanitario	(P)	A	Sono presenti procedure relative agli esami clinico-strumentali di preparazione alle prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative agli esami clinico-strumentali previsti per le prestazioni ambulatoriali
4	1	Presenza in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per l'acquisizione del consenso informato
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per l'acquisizione del consenso informato
5	1	Presenza in carico del Paziente	(P)	A	Sono definiti i protocolli diagnostico – terapeutici per le prestazioni chirurgiche ambulatoriali trattate
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico – terapeutici
6	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione del rischio clinico relative a: - infezioni del sito operatorio (ISO) - lotto di strumentazione chirurgica (rintracciabilità)
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure di gestione del rischio clinico
7	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	E' pianificata la gestione dell'emergenza
	2		(E)	A	E' attuata la partecipazione ai corsi di formazione di BLS o RCP del personale sanitario
8	1			A	E' rispettata la normativa vigente in termini di abbattimento delle barriere architettoniche

6.3 STUDIO DI SPECIALISTICA ODONTOIATRICA

Codice: SSO

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	Esiste una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione delle modalità di gestione delle liste e dei tempi di attesa
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della cartella/scheda sanitaria dei pazienti odontoiatrici
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per la gestione della cartelle/scheda sanitaria dei pazienti odontoiatrici
3	1	Accesso sanitario	(P)	A	Sono presenti procedure relative agli esami clinico-strumentali di preparazione alle prestazioni odontoiatriche eseguite in regime ambulatoriale
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative agli esami clinico-strumentali previsti per le prestazioni odontoiatriche eseguite in regime ambulatoriale
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per l'acquisizione del consenso informato dei pazienti
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per l'acquisizione del consenso informato dei pazienti
5	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono definiti i protocolli diagnostico - terapeutici per le prestazioni odontoiatriche ambulatoriali più rilevanti
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico - terapeutici per le prestazioni odontoiatriche ambulatoriali più rilevanti
6	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione del rischio clinico relativo a: - infezioni post interventi chirurgici odontoiatrici - sterilizzazione strumentazione per chirurgia odontoiatrica (rintracciabilità)
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure per la gestione del rischio clinico
7	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	E' presente procedura per la gestione delle eventuali emergenze
	2		(E)	A	E' attuata la partecipazione ai corsi di formazione di BLS o RCP del personale sanitario
8	1			A	E' rispettata la normativa vigente in termini di abbattimento delle barriere architettoniche

6.4 STUDIO DI RIABILITAZIONE

Codice: SR

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura documentata e condivisa per definire tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni clinico-riabilitative (controindicazioni, priorità, ecc...)
	2		(E)	A	E' applicata la procedura che definisce tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni clinico-riabilitative (controindicazioni, priorità, ecc...)
3	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	E' presente una procedura che consente all'utente (o agli aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni e sul percorso riabilitativo, a tale scopo i piani di trattamento devono contenere informazioni su: - valutazioni cliniche-riabilitative ambientali e strumentali; - interventi riabilitativi; - risultati attesi
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura sopra descritta
4	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono definiti i protocolli diagnostico – terapeutici per le principali patologie trattate consultabili da tutti coloro che intervengono nel trattamento
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico – terapeutici
5	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	E' presente una procedura per lo sviluppo e miglioramento del progetto riabilitativo individuale
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per lo sviluppo e miglioramento del progetto riabilitativo
6	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	E' presente una procedura per l'attivazione della erogazione dei materiali protesici
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per l'attivazione della erogazione dei materiali protesici

7	1	Dimissione	(P)	A	E' presente una procedura che, a conclusione del progetto riabilitativo, garantisce l'eventuale proseguimento delle cure e/o inserimento in una rete di servizi anche attraverso una relazione scritta al medico curante
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura che garantisce, 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
8	1	Follow-up	(P)	A	E' presente una procedura per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow - up
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura riguardante il follow-up
9	1			A	E' rispettata la normativa vigente in termini di abbattimento delle barriere architettoniche

6.5 STUDIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Codice: SPS

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della cartella/scheda assistenziale
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per la gestione della cartelle/scheda assistenziale
3	1	Presa in carico del paziente	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
4	1	Performance Clinico-Terapeutica	(P)	A	Sono definiti i protocolli per le principali procedure assistenziali
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli assistenziali
5	1	Dimissione	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione delle informazioni fornite all'utente sul proseguimento del progetto assistenziale
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura per la gestione delle informazioni fornite all'utente sul proseguimento del progetto assistenziale
6	1	Dimissione	(P)	A	E' presente una procedura che garantisce l'eventuale accesso ad un altro livello di assistenza sanitaria condivisa con i rispettivi livelli di responsabilità
	2		(E)	A	E' attuale la procedura di accesso ad un altro livello di assistenza sanitaria condivisa con i rispettivi livelli di responsabilità
7	1			A	E' rispettata la normativa vigente in termini di abbattimento delle barriere architettoniche

