



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 2700

Seduta del 23/12/2019

Presidente

ATTILIO FONTANA

Assessori regionali

FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
MARTINA CAMBIAGHI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI
PIETRO FORONI

GIULIO GALLERA
STEFANO BRUNO GALLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
SILVIA PIANI
FABIO ROLFI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

DETERMINAZIONI RELATIVE AL PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE:
TRIENNIO 2020 – 2022

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Luigi Cajazzo

Il Dirigente Luca Merlino

L'atto si compone di 95 pagine

di cui 88 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

PREMESSO:

- che l'esperienza maturata in Regione Lombardia sul tema della valutazione della qualità e dell'efficacia delle cure, attraverso la predisposizione di strumenti di verifica e piani di miglioramento si è evoluta, con un'operatività consolidata, nel Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione;
- che per garantire l'erogazione di assistenza sanitaria altamente specializzata sono necessari servizi sanitari di qualità, accessibili ed economicamente efficienti;
- che per sostenere lo sviluppo del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PrIMO) nelle aziende sanitarie lombarde è necessario pianificare una formazione centrata sull'uso degli strumenti di valutazione;

RICHIAMATA la d.g.r. n. X/7543 del 18/12/2017 "*Determinazioni relative al: Piattaforma PrIMO*" che ha stabilito per tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale l'utilizzo della piattaforma PrIMO per la gestione di:

- mappa dei processi e dei rischi,
- valutazioni/autovalutazioni e monitoraggio dei processi aziendali,
- piano integrato di miglioramento dell'organizzazione,
- obiettivi aziendali rendicontazione degli obiettivi dei D.G. ASST, ATS, AREU,
- performance aziendali,
- audit clinico/organizzativo,

quale unica modalità di trasmissione di documenti e report di monitoraggio, verifica e controllo;

CONSIDERATO che la legge regionale n. 23 dell'11/08/2015:

- promuove l'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale attraverso il perfezionamento dei percorsi ospedale-territorio sempre più orientati alla presa in carico della persona nel suo complesso richiede una revisione del programma integrato di miglioramento dell'organizzazione con l'integrazione di nuove aree negli standard aziendali;
- indica all'art. 19 che nell'ambito della ATS della Città Metropolitana di Milano e della ATS Montagna, è prevista l'individuazione di particolari modelli gestionali, organizzativi ed aziendali che consentono un miglioramento della rete dell'offerta;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RITENUTO di coinvolgere nel programma PRIMO, attraverso uno specifico piano di attività descritte nel “*Programma Integrato per il Miglioramento dell’Organizzazione – Attività ATS*”, allegato parte integrante del presente provvedimento, le due ATS sopra citate per migliorare l’ascolto e la relazione con il cittadino, garantire i diritti di prossimità e accesso alle prestazioni, recuperare valore dalle attività sanitarie creando così un continuo processo di miglioramento tra i servizi e un incremento dei livelli di soddisfazione degli utenti dei servizi sanitari;

VISTA la direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, *concernente l’applicazione dei diritti dei pazienti relativi all’assistenza sanitaria transfrontaliera* dove, al punto 5, indica come, per erogare assistenza sanitaria altamente specializzata, uno dei parametri sia quello di garantire servizi che rispondano a criteri qualitativi il più elevati possibile;

CONSIDERATO che Regione Lombardia intende integrare nella valutazione dei percorsi di assistenza, cura e presa in carico la promozione della partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini nei percorsi di prevenzione, di cura, di assistenza e di terapia farmacologica;

CONSIDERATO che i lavori di ricerca e sviluppo realizzati con i Programmi del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), nello specifico:

- i percorsi di cura nei disturbi mentali gravi, tra valutazione della qualità della cura e nuovi modelli di finanziamento atti alla definizione di nuovi criteri di valutazione;
- implementare il Piano Nazionale per il Contrasto all’Antimicrobico resistenza nel Servizio Sanitario Nazionale: standard minimi e miglioramento continuo;

vanno ad aggiornare ed arricchire l’area di Monitoraggio Interno e la check-list di autovalutazione del programma integrato di miglioramento dell’organizzazione con indicatori e standard di qualità delle cure;

CONSIDERATO che le prestazioni fornite a seguito dell’esecuzione del contratto d’appalto per il *Servizio di supporto al Programma di Miglioramento della Qualità delle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del sistema sanitario regionale* hanno determinato un riesame degli strumenti di valutazione del programma integrato di miglioramento dell’organizzazione ed un aggiornamento degli stessi;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RITENUTO, in coerenza con quanto sopra esposto, di:

- aggiornare il documento “*Programma Integrato per il Miglioramento dell’Organizzazione*” approvato con d.g.r. n. X/3652/2015, integrato da d.g.r. n. X/7543/17 con contenuti e indicazioni che modificano: la check - list di autovalutazione e il Piano Integrato di Miglioramento e con l’integrazione delle Attività ATS - allegato parte integrante del presente provvedimento;
- approvare il Manuale per la gestione del programma integrato di miglioramento dell’organizzazione - allegati parte integrante del presente provvedimento;
- approvare la nuova check-list di autovalutazione e il nuovo Piano Integrato di Miglioramento dell’Organizzazione - allegati parte integrante del presente provvedimento;

allegati parte integrante del presente provvedimento;

RICHIAMATA la d.g.r. n. X/5364 del 5/7/2016 “*Approvazione della proposta esecutiva della Accademia di formazione per il servizio socio-sanitario lombardo (AFSSL) ai sensi dell’articolo 17bis della l.r. 33/2009*” che definisce l’ordinamento, la struttura e la regolazione interna della struttura di Accademia di formazione per il servizio socio-sanitario lombardo e che indica nelle funzioni di Accademia la promozione e la garanzia dell’eccellenza del SSL attraverso l’integrazione di didattica, assistenza e ricerca;

CONSIDERATO che, come da interlocuzioni avvenute con l’AFSSL, è stata inserita nella programmazione per l’anno 2020 e in quella pluriennale per gli anni 2021 e 2022, nell’ambito della formazione strategica di accompagnamento alla revisione del sistema, un programma di iniziative formative ad hoc concordate con la competente struttura della D.G. Welfare, secondo le indicazioni sottoriportate;

RITENUTO di organizzare, nell’ambito della formazione strategica rivolta al personale del SSR offerta dall’AFSSL, nel piano di formazione per il SSR 2019 – 2021 approvato con decreto 11266 del 30.07.2019, in considerazione di quanto sopra descritto le seguenti attività:

- per il triennio 2020 – 2022, tre iniziative formative, una per ogni anno, per gli operatori delle aziende ospedaliere lombarde finalizzata allo sviluppo del Programma Integrato di Miglioramento dell’Organizzazione, progettato con il supporto del CTS di Accademia di formazione per il servizio sociosanitario



Regione Lombardia

LA GIUNTA

lombardo;

- integrare nei programmi di formazione per le direzioni strategiche delle Aziende del SSR organizzati da Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo, all'interno delle comunità di pratica e dei percorsi formativi, i contenuti e le specifiche finalità del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione con l'obiettivo di definirne standard e modalità di implementazione e condivisione a livello strategico per tutto il sistema regionale, definendo e potenziando le attività di implementazione e le modalità di gestione ed utilizzo, che possano essere rilevanti per l'aumento degli standard qualitativi del programma stesso;
- progettare e definire una rete di condivisione e confronto per il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, che possa avere target di eccellenza sia nazionali che internazionali, che portino ad una valorizzazione della qualità del Programma e ad uno sviluppo dello stesso;

RITENUTO di adottare un sistema di valutazione, utilizzando gli strumenti check-list e Piano Integrato di Miglioramento, per verificare annualmente la congruenza delle autovalutazioni e l'efficacia delle azioni di miglioramento adottate;

DATO ATTO che le risorse finanziarie da destinare alla realizzazione delle progettualità sopra descritte, per l'importo di Euro 30.000,00 per ogni annualità, per n. 3 anni, dal 01.01.2020 al 31.12.2022, trovano copertura al capitolo n. 13.01.104.8378 del bilancio regionale che presenta la necessaria copertura finanziaria per gli anni 2020-22;

VISTA la legge regionale n. 23 dell'11/08/2015 che all'art 5 bis "Osservatorio Epidemiologico Regionale", prevede, tra i compiti di cui ai punti d) e g), il controllo di qualità delle prestazioni sanitarie e il miglioramento degli interventi;

VAGLIATE ED ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di confermare che tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale per il triennio 2020 – 2022 adottano il programma PRIMO e gestiscono attraverso l'utilizzo della



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- omonima piattaforma gli strumenti per la programmazione, monitoraggio e valutazione del miglioramento dei processi aziendali;
2. di approvare i documenti “*CHECK-LIST, P.I.MO., MANUALE*, allegati parte integrante del presente provvedimento, a completamento di quelli approvati con d.g.r. n. X/3652/2015 e d.g.r. n. X/7543/17, per l'utilizzo della piattaforma PRIMO, la gestione delle aree in essa contenute e la valutazione delle attività ai fini del miglioramento continuo;
 3. di organizzare, nell'ambito della formazione strategica rivolta al personale del SSR offerta dall'AFSSL, in considerazione di quanto sopra descritto, le seguenti attività:
 - per il triennio 2020 – 2022, tre iniziative formative, una per ogni anno, per gli operatori delle aziende ospedaliere lombarde finalizzata allo sviluppo del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, progettato con il supporto del CTS di Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo;
 - integrare nei programmi di formazione per le direzioni strategiche delle Aziende del SSR organizzati da Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo, all'interno delle comunità di pratica e dei percorsi formativi, i contenuti e le specifiche finalità del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione con l'obiettivo di definirne standard e modalità di implementazione e condivisione a livello strategico per tutto il sistema regionale, definendo e potenziando le attività di implementazione e le modalità di gestione ed utilizzo, che possano essere rilevanti per l'aumento degli standard qualitativi del programma stesso;
 - progettare e definire una rete di condivisione e confronto per il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, che possa avere target di eccellenza sia nazionali che internazionali, che portino ad una valorizzazione della qualità del Programma e ad uno sviluppo dello stesso.
 4. di dare atto che le risorse finanziarie da destinare alla realizzazione delle progettualità sopra descritte, per l'importo di Euro 30.000,00 per ogni annualità, per n. 3 anni, dal 01.01.2020 al 31.12.2022, trovano copertura al capitolo n. 13.01.104.8378 del bilancio regionale che presenta la necessaria copertura finanziaria per gli anni 2020-22;



Regione Lombardia
LA GIUNTA

5. di pubblicare il presente provvedimento sul BURL.

IL SEGRETARIO
ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge



Allegato 1

PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

MANUALE GUIDA

CHECK- LIST

La Checklist consente di evidenziare i processi che rispettano i requisiti qualitativi dell'organizzazione in modo complementare rispetto agli altri strumenti del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PrIMO), e di identificare i principali punti di attenzione, facendo emergere le opportunità di miglioramento in un'ottica di sviluppo continuo.

La Checklist è stata redatta con riferimento alle più recenti normative regionali e nazionali relative alle sue Aree costitutive, nonché agli standard di qualità nazionali e internazionali. Essa è alla base del processo di autovalutazione, oltre che uno dei principali strumenti di monitoraggio e valutazione del percorso di miglioramento della qualità del SSR lombardo.

Questo "Manuale di guida alla compilazione della Checklist di Autovalutazione di Regione Lombardia", di seguito indicato come "Manuale", ha l'obiettivo di descrivere la struttura della nuova Checklist, i suoi contenuti e caratteristiche, nonché le modalità di valorizzazione degli Item. Inoltre, il presente Manuale è stato redatto al fine di allineare il processo di autovalutazione, per garantire cioè un approccio omogeneo, al fine di poter comparare le stesse, pur rispettandone le peculiarità.

Di seguito sono riportate le sezioni che compongono il Manuale.

- ▶ **SEZIONE 1 -Struttura della Checklist:** la sezione descrive la struttura e i contenuti della Checklist di Autovalutazione con l'obiettivo di condividere le modifiche apportate allo strumento e i razionali sottostanti;
- ▶ **SEZIONE 2 - Attribuzione del punteggio e calcolo del campione minimo raccomandato:** la sezione riporta le logiche di attribuzione del punteggio per gli Item documentali e di processo, oltre che le modalità di calcolo del campione minimo raccomandato per la loro verifica. L'obiettivo è fornire una guida all'attribuzione del punteggio e alla selezione del campione oggetto di verifica, in modo che sia significativo ai fini del processo di autovalutazione;
- ▶ **SEZIONE 3 - Glossario:** il glossario riporta i termini della Checklist per i quali si è ritenuto utile fornire una definizione. L'obiettivo è garantire una lettura uniforme degli Item, in modo da minimizzare la possibilità di interpretazioni erranee e la conseguente disomogeneità nel processo di autovalutazione.

La Checklist di Autovalutazione di Regione Lombardia è costituita da:

➤ **SETTE AREE:**

- 1. ENGAGEMENT – EMPOWERMENT – DIRITTI**
- 2. INFORMAZIONE E ASCOLTO – COMUNICAZIONE E RELAZIONE**
- 3. ASSISTENZA E CURA**
- 4. ORGANIZZAZIONE DELLE CURE E E CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
- 5. PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**
- 6. SERVIZI DI ASSISTENZA E CURA**
- 7. SERVIZI DI ASSISTENZA TERRITORIALI**

➤ TRENTANOVE STANDARD

1. ENGAGEMENT – EMPOWERMENT – DIRITTI

L'obiettivo di questi standard è stabilire come organizzazione aziendale per garantire i diritti degli assistiti educa il personale con percorsi formativi e predispone percorsi informativi. La direzione esplicita nella mission aziendale come intende assumere la responsabilità di garantire efficacemente i diritti degli assistiti riconoscendoli come un elemento fondamentale in tutti i contatti tra il suo personale e i cittadini e per questo sviluppa ed implementa politiche e procedure per assicurare che tutto il personale ne sia a conoscenza. Il personale viene addestrato ad erogare le prestazioni in modo da rispettare la dignità delle persone. Le azioni sono:

- identificare, proteggere i diritti delle persone assistite;
- informare gli assistiti dei loro diritti;
- coinvolgere i familiari dell'assistito, se richiesto, nelle decisioni riguardanti l'assistenza e la cura;
- ottenere il consenso informato alle cure e ai trattamenti;
- educare il personale sui diritti delle persone assistite;
- stabilire il quadro etico dell'organizzazione.

Al momento della presa in carico, l'organizzazione fornisce informazioni che riguardano le cure, i servizi e i risultati attesi dai trattamenti all'assistito, ai suoi familiari e ai care givers.

4 STANDARD

- DIRITTI
- ENGAGEMENT
- PRESA IN CARICO
- EMPOWERMENT

2. INFORMAZIONE E ASCOLTO – COMUNICAZIONE E RELAZIONE

L'obiettivo di questi standard è definire, modellare e sequenziare i processi e le attività che massimizzano le informazioni nel coordinamento dei servizi. Queste indicazioni servono per gestire la comunicazione tra la persona assistita e la sua famiglia con i professionisti della salute:

- prima che l'assistito acceda ai servizi presenti nell'organizzazione aziendale;
- mentre l'individuo riceve servizi dall'organizzazione aziendale;
- durante eventuali trasferimenti ad altre strutture o servizi;
- quando l'assistito lascia l'organizzazione aziendale.

Ogni individuo è unico, con i suoi bisogni, punti di forza, valori e credenze. L'organizzazione aziendale opera per stabilire un rapporto di fiducia e per sviluppare la comunicazione con le persone assistite con l'obiettivo di comprendere e salvaguardare i loro valori culturali, psicosociali e spirituali. Gli esiti delle cure sono migliori quando gli assistiti e, se necessario, i loro familiari, amici o tutori sono coinvolti nelle decisioni relative all'assistenza e cura in aderenza alle aspettative di ognuno.

L'organizzazione aziendale:

- informa gli assistiti e le famiglie sui tempi e le modalità di colloquio con i sanitari che includono: lo stato di malattia, i trattamenti, i percorsi assistenziali e su come possono partecipare alle decisioni relative all'assistenza nella misura in cui desiderano partecipare;
- informa gli individui e le famiglie su reclami, conflitti e segnalazioni;
- ottiene il consenso informato attraverso un processo strutturato e con informazioni fornite in modo comprensibile;
- informa gli assistiti e le famiglie sui loro diritti e sulle responsabilità legate al rifiuto o alla sospensione dei trattamenti;
- coinvolge gli assistiti nelle decisioni sulla dimissione e sul trasferimento presso altre strutture;
- informa gli assistiti e le famiglie su come scegliere di donare organi o altri tessuti e come partecipare alla ricerca clinica o studi clinici.

L'impegno principale che gli assistiti assumono per prendere decisioni relativamente alle cure è concedere il consenso informato. Per consentire consapevolmente, la persona deve essere informata su tutti gli elementi che compongono le fasi del trattamento e sulla pianificazione dei servizi richiesti. Il consenso informato è richiesto in diversi momenti, quando accede ai servizi, prima di determinate procedure o terapie. Il processo di consenso è chiaramente definito dall'organizzazione nelle politiche e procedure.

Gli assistiti sono informati su quali test, procedure e trattamenti richiedono il consenso e con quali modalità possono rilasciarlo.

Quando gli assistiti sono individuati e invitati a partecipare ad un protocollo di ricerca clinica ricevono tutte le informazioni sui percorsi e i trattamenti necessarie per poter prendere una decisione. Queste informazioni includono una descrizione di:

- benefici attesi;
- potenziali disagi e rischi;
- alternative di cura;
- procedure che devono essere seguite.

Gli assistiti sono consapevoli che possono rifiutarsi di partecipare allo studio/ricerca clinica o che possono ritirare la loro adesione sapendo che questo non comprometterà il loro percorso di cura.

Gli assistiti e familiari sono informati sulla riservatezza e protezione degli studi clinici.

L'organizzazione rende trasparenti i processi relativi a:

- revisione dei protocolli di ricerca;
- valutazione dei rischi e dei benefici per l'assistito;
- le procedure per ottenere il consenso dell'assistito;
- le procedure per il ritiro dalla partecipazione allo studio.

4 STANDARD

- **INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO**
- **INFORMAZIONE E COORDINAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA**
- **PROCESSO EDUCATIVO**
- **RICERCA**

3. ASSISTENZA E CURA

L'obiettivo di questi standard è definire come nei percorsi di assistenza e cura, le persone assistite passano attraverso diversi servizi e interagiscono con operatori sanitari diversi in quanto coinvolti in diverse attività. In tutte le fasi del percorso sono valutate e prese in carico le necessità e le esigenze individuali degli assistiti, vengono attivate le risorse appropriate all'interno dell'organizzazione aziendale e, quando necessario, reperite all'esterno.

Altro obiettivo è definire, modellare e sequenziare i processi e le attività che massimizzano il coordinamento dei servizi. Queste indicazioni servono per gestire la comunicazione tra la persona assistita e la sua famiglia con i professionisti della salute:

- prima che l'assistito acceda ai servizi presenti nell'organizzazione aziendale;
- mentre l'individuo riceve servizi dall'organizzazione aziendale;
- durante eventuali trasferimenti ad altre strutture o servizi;
- quando l'assistito lascia l'organizzazione aziendale.

Affinché la continuità di cure e assistenza vengano garantite, l'organizzazione progetta e implementa processi per il coordinamento delle cure e dei servizi con assistenti sociali, infermieri, medici e altri professionisti della salute per soddisfare i bisogni dell'assistito. La comunicazione e lo scambio di informazioni tra operatori e professionisti è essenziale per migliorare i percorsi di cura per questo deve avvenire attraverso comunicazioni verbali, scritte o in formato elettronico, l'organizzazione definisce quali, con quali mezzi e con quale frequenza. Le informazioni sono condivise durante ogni turno e tra turni. Il fascicolo personale dell'assistito è una fonte primaria di informazioni sul processo di cura e assistenza e, per garantire la continuità clinico-assistenziale, deve essere disponibile e aggiornato da professionisti autorizzati.

Il processo di valutazione dei bisogni determina la pianificazione dell'assistenza e incide sulle decisioni relative alle cure, si attiva al primo accesso ai servizi dell'organizzazione o durante la prima visita domiciliare. I processi di valutazione e rivalutazione sono standardizzati. Le informazioni specifiche che l'organizzazione richiede in questa fase, le procedure e il lasso di tempo entro il quale devono essere ottenute dipendono dai bisogni dell'assistito e dal contesto di cura e assistenza (ricovero ospedaliero, servizi di assistenza territoriali o domiciliari, hospice). I tempi e le modalità dipendono da molti fattori legati all'organizzazione, alla complessità e durata delle cure, alle condizioni psicofisiche dell'assistito per queste ragioni valutazione e rivalutazione necessitano di impostazioni differenti nei

diversi contesti di erogazione delle prestazioni di cura e assistenza. Le politiche e le procedure dell'organizzazione definiscono questo processo, i tempi per completare le valutazioni iniziali e le modalità di documentazione.

La valutazione è un processo continuo e dinamico, comprende:

1. la raccolta di informazioni e dati sullo stato fisico, psicologico e sociale;
2. l'analisi dei dati e delle informazioni per identificare le esigenze;
3. lo sviluppo di un piano di cura per soddisfare le esigenze dell'assistito.

La valutazione è appropriata quando considera i parametri che sono: le condizioni di salute, l'età, i bisogni sociali. I professionisti responsabili delle cure integrano le informazioni per completare le valutazioni e per pianificare il piano di cura.

La rivalutazione è la chiave per comprendere se le decisioni relative all'assistenza e alle cure sono appropriate ed efficaci. Gli assistiti sono rivalutati a intervalli adeguati ai loro bisogni come descritto nel piano di cura o come definito nelle politiche e procedure dell'organizzazione. Gli esiti delle rivalutazioni sono documentati e disponibili ai professionisti responsabili di cura e assistenza. Le rivalutazioni sono condotte a frequenza variabile ad esempio nel caso di un assistito in fase terminale ogni poche ore per il dolore, o nel caso di un una persona affetta da artrite cronica può essere valutata a domicilio una volta al mese.

I risultati della rivalutazione vengono inseriti nella documentazione sanitaria:

- ad intervalli regolari durante la cura e i trattamenti;
- in risposta a un cambiamento significativo nelle condizioni dell'assistito;
- quando cambia la diagnosi e le esigenze di cura richiedono una revisione della pianificazione;

per verificare l'efficacia dei trattamenti.

L'organizzazione programma il coordinamento tra i servizi aziendali per garantire efficacia ed efficienza dell'uso delle risorse per soddisfare i bisogni dell'assistito. L'organizzazione stabilisce i criteri per valutare quando un assistito può essere dimesso e il bisogno di continuità di cure attivando la presa in carico sulla base delle necessità assistenziali, fornendo informazioni chiare riguardo al programma di cure e presso quali servizi. I trasferimenti sono attivati sulla base delle condizioni e sulle necessità di continuità assistenziale.

- L'organizzazione aziendale ha un processo per valutare che i bisogni dell'assistito possano essere soddisfatti dalle risorse interne, progetta e realizza processi per fornire continuità di cura all'interno dei servizi dell'organizzazione.
- Il personale è qualificato e chiaramente identificato dall'organizzazione nei ruoli di responsabilità e coordinamento delle cure e dei servizi.

- L'assistito riceve informazioni sull'assistenza e cure dai medici, dagli infermieri, dagli assistenti sociali e da altri professionisti presenti nei servizi dell'organizzazione.
- La documentazione sanitaria è predisposta per permettere lo scambio di informazioni tra i professionisti.
- L'organizzazione aziendale coordina i suoi servizi con il territorio per garantire un continuum di cure e servizi.
- Esiste un processo per garantire l'appropriatezza delle dimissioni e assistito e familiari ricevono alla dimissione tutte le informazioni e indicazioni necessarie.
- Il processo di trasferimento è appropriato se l'organizzazione aziendale trasferente garantisce che l'organizzazione ricevente può soddisfare le esigenze di cura e di assistenza dei singoli assistiti stabilendo accordi formali che assicurino la continuità delle cure.

L'organizzazione programma il percorso del paziente chirurgico o del paziente sottoposto a procedure diagnostico-terapeutiche per le quali è variamente necessario l'atto anestesilogico; sono comprese l'anestesia e la sedazione, la pianificazione dell'intervento chirurgico e l'intervento stesso, il periodo postoperatorio. L'evoluzione della chirurgia in ogni settore e della diagnostica in generale, derivanti dal progresso tecnologico e informatico, ha determinato, e in un certo senso imposto, lo sviluppo di tecniche anestesilogiche e di procedure di preparazione e gestione del paziente volte a soddisfare esigenze estremamente differenti. Quindi la preparazione all'intervento, la tecnica anestesilogica, il monitoraggio del paziente nella fase postoperatoria si sono progressivamente perfezionati per soddisfare le esigenze dettate da tempi chirurgici e di degenza, limitati ad un'unica giornata o a poche ore, garantendo al paziente un percorso chirurgico sicuro fino al suo rientro a domicilio che, a tutti gli effetti, è diventato il luogo del postoperatorio. La documentazione clinica dà evidenza di questa complessità e variabilità, traccia il percorso chirurgico e lo rende evidente ed esplicito affinché i curanti possano assicurare continuità terapeutica durante e dopo il ricovero.

L'organizzazione individua i criteri per valutare quando un assistito può essere dimesso e se necessita di continuità assistenziale. La pianificazione delle dimissioni, che include sempre la famiglia, identifica i bisogni di continuità di cure (specialistiche, riabilitative, integrazione sociale, ...) e un processo organizzato garantisce che i referenti della continuità di cure attivino la presa in carico dell'assistito. Le informazioni sono essenziali per la continuità di cure e devono essere chiare sulle modalità di come è impostato il programma, presso quali servizi.

Il trasferimento dell'assistito è attivato sulla base delle condizioni e sulle necessità di continuità assistenziale. Il processo di trasferimento deve garantire che le responsabilità della continuità di cura siano definite indicando:

- criteri e modalità;
- come viene trasferita e a chi;

- cosa fare quando non è possibile effettuare il trasferimento pianificato.

7 STANDARD

- **PROCESSO DI TRASFERIMENTO**
- **COORDINAMENTO PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA**
- **CONTINUITA' DI CURE**
- **SERVIZI DI ANESTESIA**
- **SERVIZI DI CHIRURGIA**
- **VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA**
- **ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW UP**

4. ORGANIZZAZIONE DELLE CURE E CONTINUITA' ASSISTENZIALI

L'obiettivo di questi standard è definire, seguendo il principio di "omogeneizzazione della qualità dei servizi forniti" la metodologia di valutazione e le azioni di miglioramento delle strutture sanitarie, considerando questi come aspetti cruciali per il miglioramento del sistema sanitario regionale nel suo complesso. Per questo è indispensabile che i dirigenti clinici e manageriali pianifichino e coordinino i processi di cura e assistenza. La metodologia e gli indicatori delle performance aziendali fanno emergere l'esigenza di definire meglio gli ambiti prioritari di intervento per evitare che la valutazione della qualità dei servizi, per quanto esaustiva e sofisticata, non rimanga fine a sé stessa. Il sistema di valutazione considera:

- accesso ai servizi
- appropriatezza delle cure
- risorse assegnate
- efficacia ed efficienza dei servizi forniti

Le linee guida sono un mezzo per migliorare la qualità e aiutare i professionisti a programmare i servizi in modo efficace per ottimizzare i processi riducendo la varianza. Se si considera che fornire un'assistenza e servizi eccellenti richiede una leadership efficace è necessario che ogni organizzazione coordini i professionisti e gli operatori in tutte le attività comprese quelle volte a migliorare l'assistenza e i servizi. La direzione identifica la missione dell'organizzazione assicurando la disponibilità delle risorse necessarie per realizzarla, la struttura organizzativa supporta la supervisione della qualità dei processi. Nell'identificare i servizi la direzione pianifica gli obiettivi così come le conoscenze, competenze e disponibilità del personale, integra le funzioni nelle unità di cura evitando duplicazioni e spreco di risorse.

L'organizzazione aziendale garantisce un ambiente organizzativo sicuro e un clima aziendale di supporto per gli operatori, per raggiungere questi obiettivi è importante:

- prevenire, ridurre e controllare pericoli e rischi;
- mantenere condizioni di sicurezza;
- valorizzare il rapporto tra organizzazione e operatori.

Una gestione ambientale efficace include pianificazione, formazione e monitoraggio per tutte le aree dell'organizzazione:

- le direzioni pianificano le risorse necessarie;
- il personale viene istruito su come ridurre, monitorare e segnalare situazioni che presentano rischi;
- le valutazioni delle performance sono utilizzate per monitorare le attività e identificare i miglioramenti necessari.

L'organizzazione aziendale assicura programmi uniformi per il reclutamento, l'orientamento, lo sviluppo e la formazione continua di tutto il personale. È inoltre essenziale documentare le competenze, le conoscenze, la formazione degli operatori, la crescita e lo sviluppo di carriera.

Tutti gli operatori partecipano a corsi di formazione continua e di addestramento per mantenere e migliorare le loro capacità e conoscenze, frequentano corsi di perfezionamento per aggiornare la pratica sulle nuove tecnologie e sulle procedure più recenti. L'organizzazione aziendale rileva il fabbisogno formativo e da questi dati programma la formazione continua del proprio personale, ha un processo per valutare l'efficacia dei piani e programmi formativi che integra con le più attuali informazioni scientifiche, comunica al personale le opportunità di aggiornamento per acquisire competenze avanzate o nuove. Una struttura sanitaria, per realizzare la propria mission, ha bisogno di professionisti qualificati ed esperti che possano identificare i bisogni clinici, sociali ed assistenziali dei pazienti e soddisfarli ognuno in base alle proprie competenze, assicurando cure appropriate, efficaci in condizioni di sicurezza per i pazienti e gli operatori. Ogni professionista deve essere parte integrante del Piano della dotazione organica, definito e pianificato dalla governance aziendale, in base al reale fabbisogno di risorse umane determinato dalla complessità dei pazienti e il carico di lavoro interno. Le figure coinvolte nella cura del paziente devono essere valutate e verificate nei loro titoli e nelle loro competenze sia all'assunzione che periodicamente, durante la vita professionale. Ogni informazione necessaria alla verifica della professionalità e competenza deve essere rintracciabile e raccolta in fascicoli personali. L'orientamento del professionista all'organizzazione deve essere supportato da:

Inserimento attraverso un accurato processo in cui siano stati definiti:

- tempi e modalità e la relativa verifica finale;
- redazione della Job description con le informazioni sulla propria attività
- redazione dei privileges in cui vengono descritte le attività,
- competenze e le conoscenze di ogni singolo medico.

Ogni professionista deve curare l'arricchimento della propria professionalità attraverso un costante aggiornamento, necessario per ampliare ed adeguare le proprie conoscenze sanitarie e non. Un'adeguata gestione delle risorse umane in una struttura sanitaria permette ai propri professionisti, di operare in modo organizzato ed efficiente, fornendo ai propri pazienti cure appropriate in un contesto sicuro e in continuo miglioramento.

L'organizzazione pianifica e implementa i processi per gestire i servizi informativi per soddisfare le esigenze dei professionisti clinici, amministrativi e per chi esterno all'organizzazione richiede dati e informazioni dall'organizzazione. I Servizi informativi sono dimensionati e programmati sulla valutazione delle esigenze di coloro che lavorano all'interno e all'esterno dell'organizzazione aziendale, sulla complessità dei servizi e sulle impostazioni dei processi di cura e assistenza. L'organizzazione mantiene la sicurezza e la riservatezza dei dati e delle informazioni, determina il livello di sicurezza e riservatezza, determina un processo efficace per definire:

- chi ha accesso alle informazioni;
- per quali informazioni è previsto l'accesso;
- l'obbligo di riservatezza;
- procedure per intervenire quando vengono violati riservatezza e sicurezza.

Il funzionamento di un'azienda è strettamente legato a fattori ambientali e relazionali che è necessario tenere in considerazione in ogni attività di governo. Le reazioni sociali, l'igiene e la sicurezza, così come la formazione sono elementi che interessano e arricchiscono la gestione delle risorse umane. L'organizzazione individua un processo per rafforzare il potenziale umano e incrementarne lo sviluppo. Da un punto di vista gestionale al personale è richiesta una nuova cultura della responsabilità per il miglioramento continuo della qualità dei servizi. Per avviare interventi di miglioramento è necessario investire sul capitale umano, per questo tutti gli operatori partecipano a corsi di formazione continua e di addestramento per mantenere e migliorare le loro capacità e conoscenze, frequentano corsi di perfezionamento per aggiornare la pratica sulle nuove tecnologie e sulle procedure più recenti. L'organizzazione aziendale rileva il fabbisogno formativo e da questi dati programma la formazione continua del proprio personale, ha un processo per valutare l'efficacia dei piani e programmi formativi che integra con le più attuali informazioni scientifiche, comunica al personale le opportunità di aggiornamento per acquisire competenze avanzate o nuove.

La mission aziendale è creare salute prendendosi cura dei cittadini, nel perseguire questo obiettivo diventa di fondamentale importanza per l'organizzazione prendersi cura delle proprie risorse umane.

7 STANDARD

- **POLITICHE E PROCESSI ORGANIZZATIVI – GESTIONALI**
- **RISORSE UMANE**
- **INTEGRAZIONE E COORDINAMENTO DELLE CURE**
- **GESTIONE INFORMAZIONI**
- **QUALITÀ E SICUREZZA AMBIENTALE**
- **ECO-COMPATIBILITÀ AMBIENTALE**
- **RICERCA CLINICA**

5. PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Questi standard mettono in evidenza alcune aree considerate critiche nell'ambito sanitario, con lo scopo di promuovere al loro interno specifici miglioramenti rispetto alla qualità e alla sicurezza delle cure sanitarie erogate.

La corretta identificazione del paziente costituisce una delle principali raccomandazioni cui dover ottemperare nell'ambito della politica della clinical governance per gli errori in sanità, rappresentando l'elemento chiave di gestione organizzativa, clinica ed assistenziale rispetto al prevenire del verificarsi dell'evento sentinella o della procedura in paziente sbagliato. L'errore nell'identificazione del paziente da parte degli operatori sanitari può aver luogo in qualsiasi momento diagnostico o terapeutico, nell'ambito delle diverse fasi del processo di erogazione delle cure sanitarie. Momenti particolarmente critici sono la somministrazione di farmaci, sangue ed emoderivati, l'esecuzione di interventi chirurgici e di altre procedure, l'effettuazione di prelievi ematici e di altri campioni biologici per analisi cliniche. I pazienti, anche in ragione del ricorso alle cure sanitarie, possono essere non collaboranti, sedati con alterazioni dello stato di coscienza e vigilanza, possono avere difficoltà di comprensione della lingua o possono essere in uno stato emotivo tale da favorire errori di identificazione. All'interno delle organizzazioni sanitarie la corretta gestione dei farmaci costituisce un elemento fondamentale a garanzia della sicurezza delle cure.

L'obiettivo che le organizzazioni sanitarie devono perseguire è quello di prevenire il verificarsi dell'evento sentinella o la morte, coma o grave danno al paziente derivati da errori nella terapia farmacologica, con particolare riferimento agli eventi correlati all'impiego di farmaci cosiddetti ad Alto Rischio. I farmaci ad Alto Rischio sono quei farmaci più frequentemente coinvolti in errori e/o eventi sentinella, che richiedono una particolare attenzione nella gestione ed uso, a causa della loro potenziale tossicità, del basso indice terapeutico, dell'alta possibilità di interazioni e della possibilità di somiglianza nella confezione o nel nome (farmaci look alike e sound alike).

Il tema della sicurezza dei pazienti in sala operatoria e, più in generale, dei pazienti sottoposti a procedure invasive, riveste una particolare rilevanza, anche in considerazione della complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche (numero di operatori e professionalità diverse coinvolti, l'urgenza con cui i processi devono essere eseguiti, l'elevato livello tecnologico, ...). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato e diffuso delle linee guida per la sicurezza in sala operatoria, con l'obiettivo di migliorare la sicurezza degli interventi chirurgici, attraverso la definizione e la promozione di raccomandazioni e standard di sicurezza che possano essere adattati nei diversi Paesi e setting operativi, rafforzandone i processi

pre-operatori, intra-operatori e post-operatori. L'OMS ha inoltre costruito una checklist per la sicurezza in sala operatoria a supporto delle equipe operatorie, con la finalità di favorire, in modo sistematico, l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per prevenire gli eventi avversi.

Le infezioni associate all'assistenza sanitaria sono infezioni contratte dal paziente nel corso del ricovero in ospedale, che non erano manifeste clinicamente né in incubazione al momento dell'ammissione, ma che si manifestano, in genere dopo almeno 48 ore dal ricovero, durante la degenza stessa o dopo la dimissione. Le infezioni correlate all'assistenza rappresentano la complicanza più frequente tra i pazienti ricoverati in ospedale, con un elevato impatto sia di tipo clinico che di natura economica, incidendo infatti significativamente sulla morbilità, sulla mortalità e sui costi di degenza. Fattori favorevoli all'incremento delle infezioni associate all'assistenza sanitaria sono l'uso di metodiche diagnostiche e terapeutiche sempre più invasive, l'invecchiamento della popolazione, il frequente trasporto endogeno di batteri nosocomiali, l'amplificazione della flora endogena resistente per uso/abuso di antibiotici. Le infezioni ospedaliere sono, almeno in parte, prevenibili attraverso l'adozione di pratiche assistenziali che si sono dimostrate essere in grado di prevenirne o controllarne la trasmissione, con riduzione della frequenza delle stesse. L'adeguatezza dell'igiene delle mani costituisce un'importante misura per la prevenzione delle infezioni ospedaliere. Per questi motivi le infezioni ospedaliere rappresentano un indicatore della qualità dell'assistenza prestata in ospedale.

La caduta del paziente rientra tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie. A seguito della caduta si possono verificare per il paziente conseguenze immediate e tardive anche gravi, fino a condurre in alcuni casi alla morte del paziente. La quasi totalità delle cadute dei pazienti risulta essere potenzialmente prevenibile, tramite la rilevazione dei fattori di rischio, anche attraverso appositi strumenti di lavoro, che, congiuntamente ad una valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive. Quando a seguito della caduta si verifica morte o grave danno per il paziente, la caduta diventa un evento sentinella, che sarà analizzato secondo le modalità previste dal protocollo SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) per il monitoraggio degli eventi sentinella.

8 STANDARD

- **PROCESSO DI IDENTIFICAZIONE**
- **PREVENZIONE DEI DANNI DA ERRORI DI TERAPIA FARMACOLOGICA**
- **GESTIONE IN SICUREZZA DELLE PROCEDURE INVASIVE MAGGIORI E DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI**
- **PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI**
- **PREVENZIONE DELLE CADUTE**
- **PREVENZIONE DEL RISCHIO IN AREA MATERNO/INFANTILE**
- **GESTIONE DI PROCESSI AD ALTO RISCHIO**
- **GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI**

6. SERVIZI DI ASSISTENZA E CURA

L'organizzazione ha un sistema per fornire servizi di laboratorio richiesti dalla sua popolazione individuale, servizi clinici offerti e bisogni di assistenza e servizi. I servizi di laboratorio sono organizzati e forniti in modo conforme agli standard e alle leggi locali e nazionali applicabili regolamenti.

Servizi di laboratorio, compresi quelli necessari per le emergenze, possono essere forniti all'interno dell'organizzazione, in accordo con un'altra organizzazione, o entrambi. I servizi di laboratorio sono disponibili dopo ore normali per le emergenze.

Le fonti esterne sono convenienti per l'individuo per l'accesso. Le fonti esterne sono selezionate da organizzazione sulla base della raccomandazione del direttore o di un altro responsabile per servizi di laboratorio. Le fonti esterne di servizi di laboratorio rispettano le leggi e i regolamenti applicabili e avere una registrazione accettabile di servizi accurati e tempestivi. Gli individui sono informati quando fuori la fonte dei servizi di laboratorio è di proprietà del medico di riferimento.

Quando l'organizzazione fornisce test di laboratorio, identifica i membri dello staff che eseguono i test e che dirigono o supervisionano i test. Questo include test condotti nel laboratorio clinico e quelli condotti nel luogo in cui l'individuo riceve assistenza e servizi (spesso indicati) come test "point of care"). Il personale di supervisione e il personale tecnico dispongono di una formazione adeguata e adeguata, esperienza e capacità e sono orientati al loro lavoro. Lo staff tecnico riceve compiti di lavoro coerente con la loro formazione ed esperienza. Inoltre, c'è un numero sufficiente di personale per eseguire test prontamente e fornire il personale di laboratorio necessario durante tutte le ore di funzionamento e per le emergenze. I Servizi di Medicina di Laboratorio, compreso il Servizio di Anatomia Patologica, sono essenziali nell'erogazione delle cure al paziente ed hanno il compito di conciliare i bisogni con le esigenze dei professionisti sanitari responsabili della presa in carico. La continua evoluzione tecnologica e metodologica che la ricerca offre porta il Laboratorio a regolamentare i requisiti relativi alla preparazione ed identificazione del paziente, alla raccolta, trasporto, conservazione, pro cessazione ed analisi dei campioni, compresi della validazione, interpretazione, refertazione. Inoltre vengono declinati ulteriori requisiti in

ordine alla sicurezza ed eticità delle proprie attività. L'accresciuta offerta di prestazioni in questo ambito ha tuttavia comportato, negli ultimi anni, un aumento della domanda non sempre del tutto giustificata, che ha ulteriori risvolti nella medicina difensiva. L'Organizzazione ha quindi l'obiettivo di inserire il Laboratorio all'interno della progettazione e realizzazione dei propri percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA), affinché venga costantemente perseguita l'appropriatezza degli stessi ed il consumo razionale delle risorse. L'Organizzazione, in un approccio globale alla gestione ed al miglioramento della qualità dei Laboratori, ha come obiettivo:

- Il monitoraggio dei dati dei controlli di qualità e delle prove di funzionalità delle apparecchiature;
- Il monitoraggio dei processi tramite la raccolta di dati basati su indicatori e criteri;
- L'avvio di azioni e cambiamenti laddove il monitoraggio indichi la necessità di un intervento.

Questi processi rappresentano il contesto nel quale offrire servizi di alta qualità in un ambiente sicuro e ben organizzato. I requisiti individuati dalla presente area della Checklist di Autovalutazione Regionale sono coerenti con un'ampia gamma di programmi strutturati e di ulteriori approcci alla gestione ed al miglioramento della qualità previsti per questa disciplina.

L'organizzazione ha un sistema per fornire servizi di radiologia richiesti dalla sua popolazione individuale, servizi clinici offerti e bisogni di assistenza e servizi. I servizi di radiologia soddisfano tutte le norme, leggi e regolamenti locali e nazionali applicabili.

I servizi di radiologia, compresi quelli necessari per le emergenze, possono essere forniti all'interno dell'organizzazione, in accordo con un'altra organizzazione, o entrambi. I servizi di radiologia sono disponibili dopo ore normali per le emergenze.

Le fonti esterne sono convenienti per l'individuo per l'accesso, e i rapporti sono ricevuti in modo tempestivo modo che supporta la continuità delle cure e dei servizi. Le fonti esterne sono selezionate dall'organizzazione sulla base della raccomandazione del direttore o altro responsabile della radiologia. La rivoluzione delle tecnologie nel campo dell'informatica e dei rilevatori di immagine, nonché delle conoscenze mediche, ha modificato in maniera sostanziale la possibilità di utilizzare le tecniche di Diagnostica per Immagini quali necessari ed indispensabili supporti alla diagnosi, alla prognosi, al monitoraggio della malattia ed alla realizzazione di procedure interventistiche sia diagnostiche che terapeutiche.

L'accresciuta offerta di prestazioni in questo ambito ha di fatto comportato negli anni una crescita della domanda non sempre del tutto giustificata, che ha contribuito in maniera significativa all'incremento delle liste di attesa e dei costi relativi. Il ricorso inappropriato alle prestazioni di Diagnostica per Immagini che utilizzano radiazioni ionizzanti comporta un'indebita irradiazione

del paziente ed un aumento della dose collettiva alla popolazione, aspetti regolamentati dalla normativa cogente, che ricadono sulle responsabilità del professionista radiologo. Il principio dell'appropriatezza delle prestazioni Ã alla base della definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) ed Ã pi volte ribadito nelle disposizioni seguite all'emanazione del Decreto di Riordino della disciplina in materia sanitaria (Decreto Legislativo 30 dicembre 1997 n.502 e s.m.i.). L'obiettivo primario che si vuole perseguire con la presente Area della Check-list di Autovalutazione Regionale Ã quello di fornire ai medici specialisti in radiologia e medicina nucleare uno strumento di lavoro per valutare l'aderenza del proprio Servizio ai principali requisiti qualitativi, tecnologici e di sicurezza, nonch di appropriatezza delle prestazioni. Obiettivo secondario, ma non meno importante, quello di inserire i Servizi di Diagnostica per Immagini all'interno della progettazione e realizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) implementati dall'organizzazione, affinch ne venga costantemente perseguita l'appropriatezza.

La gestione del farmaco all'interno delle organizzazioni sanitarie Ã un processo altamente complesso per il numero di fasi che lo caratterizzano, per il numero di professionisti sanitari coinvolti nelle diverse fasi, per una frequente necessit di armonizzare pi farmaci in pazienti con polipatologia e politerapia. Questa complessit espone ad un maggior rischio di errore che pu essere contenuto prevalentemente implementando procedure standardizzate della gestione del farmaco e identificando in modo incontrovertibile chi deve fare che cosa, come e quando deve farlo. L'impatto sanitario della malattia iatrogena Ã imponente se si considera che la morte per farmaci Ã al quarto posto tra le cause di morte a livello mondiale. La standardizzazione delle diverse fasi della gestione del farmaco, prescrizione, preparazione, somministrazione, registrazione, riduce la variabilit individuale e la arbitrariet nella scelta dell'organizzazione della gestione del farmaco, contraendo in modo consistente la possibilit di errore. La assegnazione certa di alcuni compiti e alcune responsabilit alle diverse figure professionali (medici, farmacisti, infermieri, etc) Ã un processo attivo che attraverso la formazione e l'assegnazione di privileges garantisce all'organizzazione una funzione di governo attivo della gestione del farmaco. L'organizzazione sanitaria deve attuare delle modalit operative per migliorare la sicurezza nel processo di gestione del farmaco e governa il processo di gestione del farmaco in ogni sua declinazione attraverso: la stesura di procedure, la assegnazione di privileges ai diversi professionisti sanitari, la registrazione nella documentazione clinico assistenziale di tutte le attivit di gestione del farmaco e la verifica periodica della corretta implementazione del processo.

5 STANDARD

- FARMACO: POLITICHE E PROCEDURE
- DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: POLITICHE E PROCEDURE
- LABORATORIO ANALISI: POLITICHE E PROCEDURE
- SCELTA E REVOCA: POLITICHE E PROCEDURE
- VACCINAZIONI: POLITICHE E PROCEDURE

7. SERVIZI DI ASSISTENZA TERRITORIALI**4 STANDARD**

- PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA
- ACCESSIBILITÀ FISICA
- ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, SEMPLIFICAZIONE E TRASPARENZA
- CURA DELLA RELAZIONE

Item e modalità di assegnazione dei punteggi

La Checklist include gli Standard e i relativi Item che la Struttura deve verificare e valorizzare durante il processo di autovalutazione, suddivisi per Area. In particolare, tale sezione è composta dai seguenti campi (colonne), dettagliati nella tabella sottostante.

Tabella 1 - Struttura della sezione "Item e modalità di assegnazione dei punteggi"

CAMPI	DESCRIZIONE
Area	Aree della Checklist di Autovalutazione
Standard	Nome dello Standard, che sintetizza il tema a cui afferiscono gli Item
Item	Descrizione del contenuto richiesto dall'Item oggetto di verifica
Modalità di verifica	<p>Modalità di verifica da adottare per l'attribuzione del punteggio, può essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Documentale, per gli Item documentali: consiste nella verifica mediante analisi di procedure, protocolli, Istruzioni Operative, etc. È importante evidenziare che esistono due diverse tipologie di Item documentali: <ul style="list-style-type: none"> • Per alcuni Item, gli elementi misurabili dettagliano il contenuto che deve riportare la procedura di riferimento, coerentemente con quanto definito in norme e Raccomandazioni; • Per altri Item, gli elementi misurabili richiedono la presenza di specifiche procedure o report, il cui contenuto è comunque definito nelle norme/Raccomandazioni oppure di cui si lascia alle Strutture la definizione dei contenuti; ▶ Cartella Clinica Chiusa, per alcuni Item di processo: consiste nella verifica dell'Item sulla base di un campione selezionato di cartelle cliniche chiuse;

CAMPI	DESCRIZIONE
	<p>► Verifica sul campo, per alcuni Item di processo: consiste nella verifica dell'Item attraverso audit condotti presso Discipline e Servizi. Gli audit possono includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osservazione della pratica clinica; • Analisi di cartelle cliniche aperte; • Colloquio con operatori sanitari e pazienti/familiari/caregiver; • Analisi di altre tipologie di documenti (es. checklist di controllo, manutenzione dei dispositivi e delle attrezzature, fascicoli del personale).
Attribuzione del punteggio	Metodologia standardizzata di attribuzione dei punteggi, distinta per Item documentali e Item di processo, che permette di standardizzare il processo di autovalutazione
Non Applicabilità	Casistiche di Non Applicabilità degli Item e dei requisiti di assolvimento, al fine di ovviare ad interpretazioni erronee/arbitrarie e facilitare il percorso valutativo

Caratteristiche di applicabilità degli Item

Nella Checklist si possono individuare i percorsi del paziente, che possono guidare le attività di audit facilitando l'identificazione degli Item di processo per percorsi di cura.

Gli Item di processo tracciati nei tre percorsi principali sono, ove necessario, tracciati anche nelle tre aree integrative.

Tabella 2 - Struttura della sezione "Caratteristiche/applicabilità degli Item"

CAMPI	DESCRIZIONE
Percorso Medico	Traccia gli Item di processo relativi al percorso medico, da verificarsi mediante analisi di cartelle cliniche chiuse mediche oppure mediante verifiche sul campo nelle Discipline mediche
Percorso chirurgico	Traccia gli Item di processo relativi al percorso chirurgico, da verificarsi mediante analisi di cartelle cliniche chiuse chirurgiche oppure mediante verifiche sul campo nelle Discipline chirurgiche
Percorso riabilitativo	Traccia gli Item di processo relativi al percorso riabilitativo, da verificarsi mediante analisi di cartelle cliniche chiuse riabilitative oppure mediante verifiche sul campo nelle Discipline riabilitative
Percorso categorie protette	Traccia gli Item di processo relativi alle caratteristiche del percorso/i individuati, da verificarsi mediante verifiche sul campo nei servizi di specialistica coinvolti
Percorso di presa in carico	Traccia gli Item di processo relativi alla presa in carico di pazienti fragili, da verificarsi mediante verifiche sul campo nei servizi assistenza e cura coinvolti
Percorso di continuità assistenziale	Traccia gli Item di processo relativi alla presa in carico di pazienti fragili, da verificarsi mediante verifiche sul campo nei servizi ospedalieri e territoriali coinvolti

Come evidenziato dalla metodologia di seguito descritta, **la valorizzazione della nuova Checklist ha periodicità annuale.**

Il processo di autovalutazione è da applicarsi, da parte di ciascun Ente, a livello di singolo Presidio Ospedaliero utilizzando la metodologia dell'audit clinico-organizzativo. Gli Enti a cui afferiscono più Presidi dovranno quindi valorizzare gli Item per ognuno di questi. *Gli Item documentali*, che valutano procedure, protocolli, istruzioni operative, report, e validi trasversalmente per tutti i Presidi, saranno verificati a livello di Ente. *Gli Item di processo*, che valutano l'applicazione delle procedure in cartella clinica o nei reparti, saranno verificati all'interno di un campione di riferimento a livello di Presidio.

L'esito del processo di autovalutazione, caricato sulla piattaforma PRIMO, è da considerarsi a livello di Ente, e sarà pari al valore minimo riscontrato tra i singoli Presidi per ogni Item della Checklist di Autovalutazione.

Infine, si evidenzia come **la Checklist sia da applicarsi all'attività ospedaliera e a quella territoriale.**

I paragrafi successivi descrivono le modalità di applicazione del processo di attribuzione dei punteggi e di calcolo del campione minimo raccomandato, per singola modalità di verifica.

Attribuzione del punteggio

Come già anticipato, il processo di attribuzione del punteggio ad ogni Item dipende dalla sua natura (documentale o di processo), e si basa su una metodologia standardizzata che permette di rendere la valutazione il più oggettiva possibile.

Per gli **Item documentali**, la scala di attribuzione del punteggio è la seguente:

- **0:** viene assegnato quando nessun requisito di assolvimento risulta rispettato, o quando i documenti di riferimento non risultano approvati o aggiornati secondo le politiche definite dall'Ente;
- **0,50:** viene assegnato quando almeno uno dei requisiti di assolvimento risulta non rispettato;
- **1:** viene assegnato quando tutti i requisiti di assolvimento risultano rispettati;
- **NA:** viene assegnato quando l'Item risulta Non Applicabile all'interno della Struttura.

Per gli **Item di processo** la metodologia da applicare ai fini della valutazione è costituita dalle seguenti fasi:

1. **Selezione del campione oggetto di analisi** nel rispetto dei criteri per la definizione di un "campione minimo raccomandato", composto dalle cosiddette "unità di verifica" (ad esempio, cartelle cliniche chiuse, cartelle cliniche aperte, osservazioni, etc.);
2. **Attribuzione di un punteggio a ciascuna "unità di verifica"**, sulla base dei criteri seguenti:
 - ▶ **Unità di verifica "conforme":** tutti i requisiti di assolvimento risultano rispettati (punteggio pari a 1);
 - ▶ **Unità di verifica "parzialmente conforme":** almeno uno dei requisiti di assolvimento risulta non rispettato (punteggio pari a 0,50);

- ▶ **Unità di verifica “non conforme”**: nessun requisito di assolvimento risulta rispettato (punteggio pari a 0).

3. **Calcolo della percentuale di conformità del campione**: il punteggio da attribuire al singolo Item sarà la media ponderata dei punteggi associati alle singole unità di verifica, secondo la seguente formula (dove “**p**” rappresenta la percentuale di conformità del campione):

$$p (\%) = \frac{x * 1 + y * 0,50 + z * 0}{n}$$

$\left\{ \begin{array}{l} x = \text{numero di unità di verifica "conformi"} \\ y = \text{numero di unità di verifica "parzialmente conformi"} \\ z = \text{numero di unità di verifica "non conformi"} \\ n = x + y + z = \text{numero totale di unità di verifica del campione} \\ p = \text{percentuale di conformità} \end{array} \right.$

4. **Attribuzione del punteggio**. Sulla base della “percentuale di conformità” (**p**) del campione, il punteggio dell'Item sarà attribuito secondo le seguenti soglie:

- ▶ **0**: quando tutte le unità di verifica nel campione sono non conformi (i.e. non conformità in tutte le unità di verifica) oppure non vi è evidenza di verifica;
- ▶ **0,25**: per conformità minori o uguali al 30% del campione analizzato;
- ▶ **0,50**: per conformità maggiori del 30% e minori o uguali al 60% del campione analizzato;
- ▶ **0,75**: per conformità maggiori del 60% e minori o uguali al 90% del campione analizzato;
- ▶ **1**: per conformità maggiori del 90% del campione analizzato;
- ▶ **NA**: quando l'Item risulta Non Applicabile nel campione di riferimento.

La tabella seguente sintetizza la relazione esistente tra la percentuale di conformità del campione e il punteggio risultante.

Tabella 3 - Soglie di attribuzione del punteggio degli Item di processo

“Percentuale di conformità” (p) del campione	Punteggio Item
0	0
$p \leq 30\%$	0,25
$30\% < p \leq 60\%$	0,50
$60\% < p \leq 90\%$	0,75
$p > 90\%$	1

Di seguito si riporta un esempio di attribuzione dei punteggi per la valutazione degli Item di processo.

Box 1 – Esempio di applicazione della metodologia standardizzata per l’attribuzione del punteggio

1. Il campione oggetto di verifica è costituito da 10 cartelle cliniche
2. A valle del controllo, si verifica che:
 - ▶ Numero di cartelle cliniche "conformi": **7**
 - ▶ Numero di cartelle cliniche "parzialmente conformi": **2**
 - ▶ Numero di cartelle cliniche "non conformi": **1**.
3. Calcolo della percentuale di conformità del campione (media ponderata):

$$p = \frac{7 * 1 + 2 * 0,50 + 1 * 0}{10} = 80\%$$
4. Attribuzione del punteggio all'Item: **0,75**.

Per quanto riguarda l'attribuzione del punteggio agli Item per cui si richiede il calcolo di un campione minimo raccomandato, si segnala la possibilità che non tutti gli Item siano applicabili all'interno del campione selezionato. Ad esempio, prendendo come riferimento l'Item "Evidenza, in cartella clinica, di:

- ▶ Avvenuta trasfusione, con l'indicazione della presenza o assenza di reazioni avverse
- ▶ Firma dell'operatore che ha eseguito la registrazione
- ▶ Notifica di avvenuta trasfusione alla Struttura Trasfusionale
- ▶ Segnalazione di eventuale evento avverso alla Struttura Trasfusionale
- ▶ Evidenza dei controlli e dei monitoraggi effettuati

con modalità di verifica "Cartella Clinica Chiusa", può accadere che l'Item in oggetto non sia applicabile per una o più cartelle cliniche selezionate. **In questi casi, l'unità di verifica per cui l'Item non è applicabile non si considera per il calcolo del punteggio da attribuire all'Item.**

Box 2 - FOCUS: Valutazione degli Item che si riferiscono ad attività esternalizzate

La Checklist di Autovalutazione Regionale richiede una valorizzazione di tutti i suoi Item.

Anche laddove l'Item richieda la valutazione di un'attività esternalizzata, tale Item deve essere comunque valutato.

Campione minimo raccomandato di "Cartella Clinica chiusa"

Per gli Item di processo che prevedono "Cartella Clinica chiusa" quale modalità di verifica, è definito un **campione minimo raccomandato** che permette di graduare l'effort da dedicare al processo di autovalutazione, in base alle dimensioni dell'Ente e alla numerosità e tipologia di ricoveri effettuati.

Il campione minimo raccomandato di cartelle cliniche chiuse (CCC) da verificare è definito in funzione del numero di ricoveri totali effettuati dall'Ente nell'anno precedente.

In particolare:

- ▶ Il numero di CCC da verificare è pari allo 0,5% dei ricoveri totali effettuati dall'Ente nell'anno precedente;
- ▶ Ogni anno, devono essere oggetto di verifica 1/3 delle Discipline dell'Ente, per garantire che ogni 3 anni siano verificate tutte. Le stesse Discipline selezionate a livello

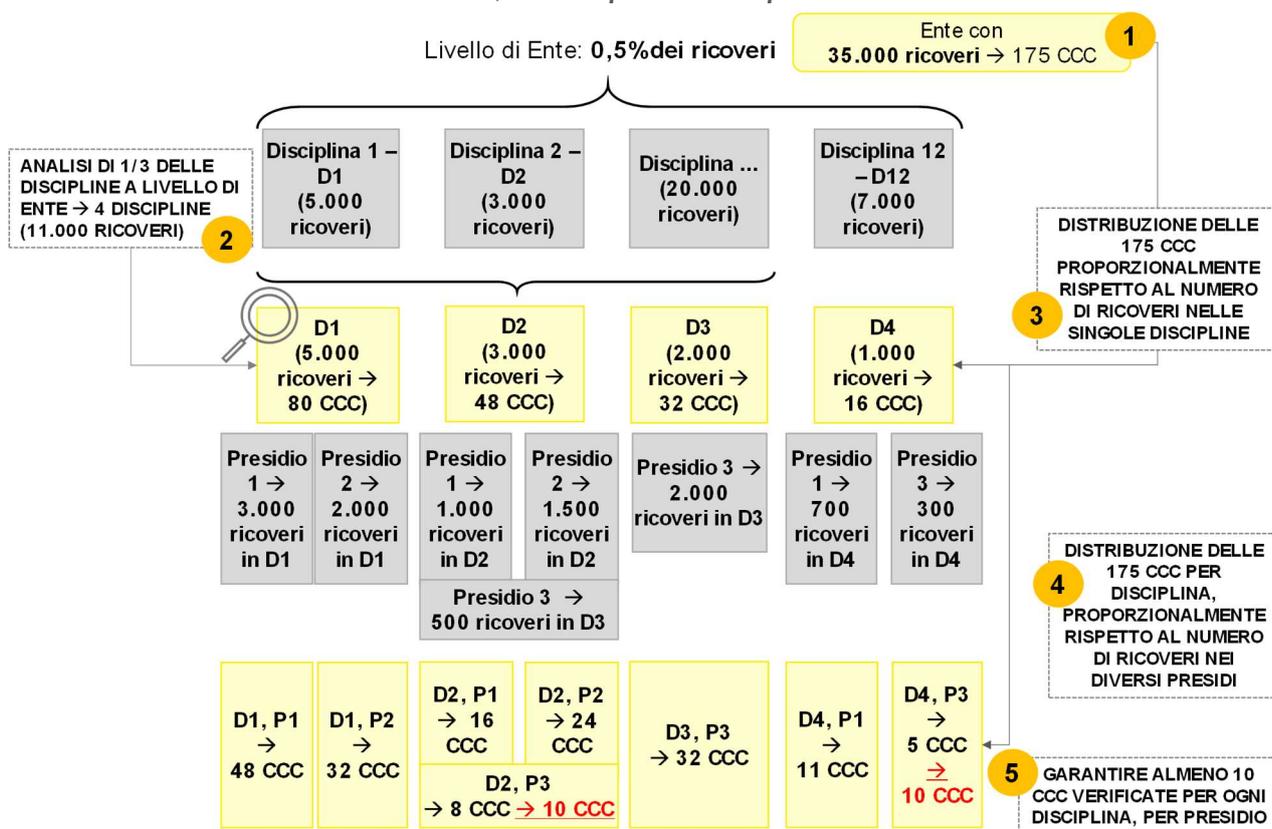
di Ente dovranno essere verificate in ogni Presidio, così che per ciascun Presidio, siano verificate tutte le Discipline in 3 anni;

- ▶ Relativamente alla selezione delle CCC, si dovrà garantire la proporzionalità rispetto al numero di ricoveri effettuati nelle diverse Discipline afferenti ai Presidi dell'Ente;
- ▶ Per ogni Disciplina oggetto di verifica, il numero minimo di CCC da verificare in ogni Presidio Ospedaliero è pari a 10;
- ▶ Sono da includere esclusivamente i ricoveri ordinari, diurni, e riabilitativi, effettuati dall'Ente nell'anno precedente;
- ▶ Non sono da includere nel calcolo del campione minimo raccomandato le cartelle di BIC e MAC o di altre prestazioni ambulatoriali.

La figura seguente rappresenta un esempio di calcolo del campione minimo raccomandato per un Ente con 35.000 ricoveri, 12 Discipline e 3 Presidi Ospedalieri. Di seguito sono riportati gli step per il calcolo del campione raccomandato di CCC:

1. Il calcolo del campione di CCC è basato sul numero di ricoveri a livello di Ente. Per un Ente che effettua 35.000 ricoveri, il numero minimo di CCC da verificare è 175 (pari a $35.000 \cdot 0,5\%$), da suddividere tra tutti i Presidi Ospedalieri dell'Ente;
2. Per garantire che ogni 3 anni siano verificate tutte le Discipline dell'Ente, si raccomanda di verificare almeno 1/3 delle Discipline ogni anno. Un Ente a cui afferiscono 12 Discipline, ne verificherà almeno 4 ogni anno. Se, all'interno dell'Ente, una Disciplina è presente in più di un Presidio, sarà verificata in ciascuno di questi;
3. Il campione minimo raccomandato di 175 CCC da verificare viene distribuito tra le Discipline selezionate dall'Ente nei diversi Presidi Ospedalieri, proporzionalmente al numero dei ricoveri effettuati nell'anno precedente per ciascuna Disciplina selezionata a livello di Ente (nell'esempio: 11.000);
4. Ottenuto il numero di CCC da verificare per ogni Disciplina, si considera che vi sono Discipline trasversali a diversi Presidi. La distribuzione delle CCC per Presidio sarà proporzionale al numero di ricoveri effettuati per quella Disciplina a livello di Presidio;
5. Per ogni Disciplina, il numero minimo di CCC da verificare a livello di Presidio è pari a 10 (si veda il caso del Presidio 3, per le Discipline 2 e 4).

Figura 1 - Esempio di calcolo del campione minimo raccomandato di CCC per un Ente con 35.000 ricoveri, 12 Discipline e multipresidio



NOTA: I NUMERI RIPORTATI IN FIGURA SONO PURAMENTE INDICATIVI, SI LASCIA ALLA DISCREZIONALITÀ DEI VALUTATORI LA DEFINIZIONE DELLE PROPORZIONI PIÙ ADEGUATE

Le CCC da controllare ai fini della valorizzazione degli Item della Checklist possono rientrare nel campione verificato dall'Ente nel contesto degli autocontrolli NOC.

Di seguito si riportano alcuni aspetti da verificare annualmente nella documentazione clinica, laddove applicabile, al fine di valorizzare tutti gli Item della Checklist di Autovalutazione Regionale:

- ▶ Accessi in DEA/EAS/PS/PPI;
- ▶ Ricoveri in Terapia Intensiva e Sub Intensiva;
- ▶ Gestione di pazienti identificati come "a rischio sociale", in sede di valutazione iniziale;
- ▶ Trasferimenti secondari che hanno previsto il monitoraggio del paziente;
- ▶ Prestazioni di macroattività complesse ambulatoriali chirurgiche e mediche.

Ai fini della valorizzazione degli Item relativi a questi aspetti, si lascia discrezionalità all'Ente sulla scelta del numero di cartelle cliniche chiuse da verificare, che deve essere comunque identificato in proporzione ai relativi volumi di attività.

Campione minimo raccomandato per la "Verifica sul campo"

Per gli Item di processo che prevedono la "Verifica sul campo" quale modalità di verifica, è definito un **campione minimo raccomandato** che permette di graduare l'effort da dedicare al processo di autovalutazione in base alle dimensioni dell'Ente. La definizione del campione minimo raccomandato si differenzia per:

- ▶ item relativi alle Caratteristiche di applicabilità

- ▶ Item afferenti allo standard “Risorse Umane”;
- ▶ Item di processo non relativi al percorso medico, chirurgico e riabilitativo, all'emergenza/ urgenza, ambulatorio o di continuità assistenziale.

Per gli Item di processo relativi alle Caratteristiche di applicabilità, le verifiche sul campo avvengono tramite le seguenti modalità:

- ▶ Osservazione della pratica clinica;
- ▶ Colloqui o interviste con operatori sanitari e/o pazienti/familiari/caregiver;
- ▶ Analisi di cartelle cliniche aperte.

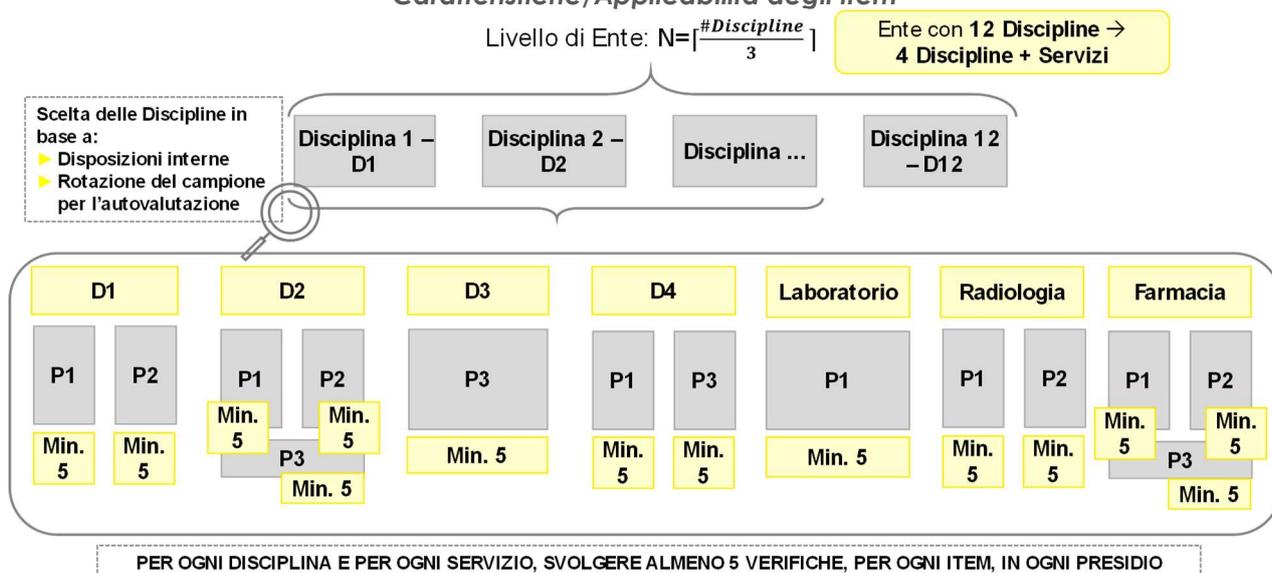
Il campione minimo raccomandato di verifiche sul campo è definito in funzione del numero delle Discipline e Servizi dell'Ente. In particolare:

- ▶ Ogni anno, devono essere oggetto di verifica 1/3 delle Discipline e Servizi dell'Ente, per garantire che ogni 3 anni siano verificate tutte. Le Discipline e i Servizi selezionati a livello di Ente dovranno essere verificate in ogni Presidio e Servizio territoriale afferente all'Ente, così che potranno essere verificate tutte le Discipline in 3 anni. In questo calcolo non devono essere considerati gli standard dell'area Gestione dei Servizi (ad esempio, Radiologia), in quanto, al fine di valorizzare tutti gli Item della Checklist, devono essere oggetto di verifica con **frequenza annuale**;
- ▶ Per ogni Item, devono essere pianificate verifiche a livello di Presidio in ciascuna delle Discipline e Servizi dell'Ente selezionati ed effettuate in un numero adeguato durante gli audit, verifiche di percorsi e programmi di cura;
- ▶ In caso di Enti a bassa complessità organizzativa, costituiti da un numero di Discipline e Servizi dell'Ente minore o uguale a 3, il numero minimo di verifiche da effettuare per ogni Item in ciascuna Disciplina dipende dagli esiti e dalle azioni di miglioramento intraprese.

È possibile combinare le diverse modalità di verifica sul campo (osservazioni della pratica clinica, interviste/colloqui con operatori sanitari e/o pazienti/familiari/caregiver, analisi di cartelle cliniche aperte) **per l'assolvimento del singolo Item della Checklist di autovalutazione.**

Il processo sopra descritto è sintetizzato nella Figura seguente.

Figura 2 - Selezione del campione per gli Item tracciati nella sezione "Caratteristiche/Applicabilità degli Item"



Per gli Item dell'Area ORGANIZZAZIONE standard Risorse Umane, le verifiche sul campo avvengono tramite l'analisi di documentazione relativa ai processi oggetto di indagine (ad esempio, analisi di fascicoli del personale, valutazioni periodiche, verifica di titoli e abilitazioni, etc.). Il campione minimo raccomandato è definito in funzione del numero di professionisti operanti a livello di Ente, in relazione alle Aree funzionali/ organizzative presenti (ad esempio: Area Materno-Infantile, Area Medica Area Chirurgica, Area Amministrativa). In particolare:

- ▶ L'Ente deve garantire che ogni 3 anni siano svolte verifiche sul campo in tutte le Aree Funzionali (AF)/organizzative e su tutte le tipologie di figure professionali (es: medici, infermieri, personale amministrativo, ecc.);
- ▶ Ogni anno, l'Ente dovrà verificare 1/3 dei fascicoli del personale, scegliendo liberamente le Aree Funzionali/organizzative di afferenza, garantendo la rappresentatività dei diversi Presidi dell'Ente;
- ▶ Se a livello di Ente il numero equivalente a 1/3 dei fascicoli del personale è maggiore o uguale a 200, il campione minimo raccomandato da verificare è fissato a 200 fascicoli del Personale all'anno;
- ▶ I professionisti compresi nel perimetro di analisi sono identificati in tutto il personale dipendente e libero professionista che opera nell'Ente sulla base di un rapporto di lavoro «significativo», dove per «significativo» si intende almeno un *half time*. Il personale inerente le attività territoriali è incluso nel calcolo;
- ▶ I professionisti compresi nel perimetro di analisi saranno definiti dalle Politiche Aziendali in materia di Fascicoli del Personale.

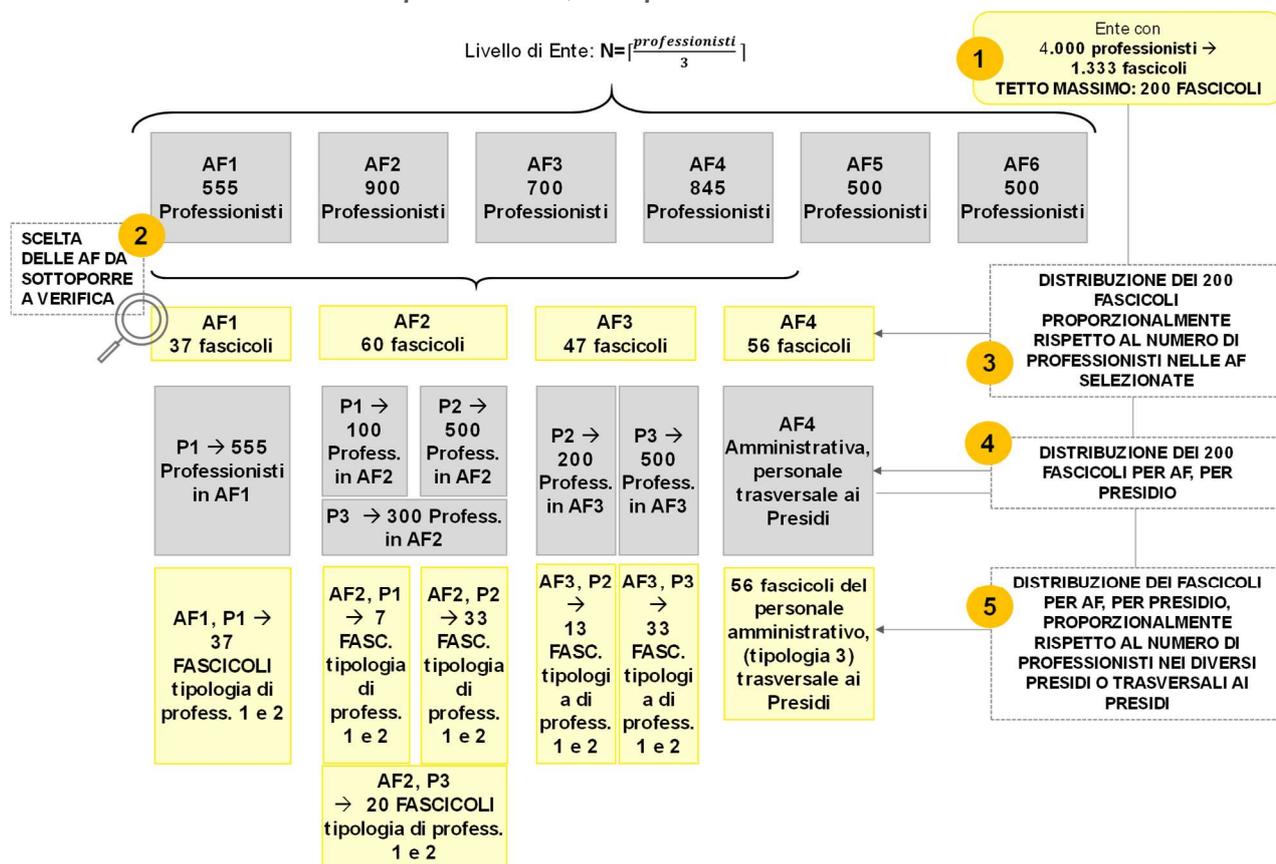
La figura seguente rappresenta un esempio di calcolo del campione minimo raccomandato per un Ente con 4.000 professionisti, 6 Aree Funzionali e multipresidio. Di seguito gli step per il calcolo del campione raccomandato di fascicoli:

1. La figura mostra che il calcolo del campione totale di fascicoli è basato sul numero di professionisti a livello di Ente. Per un Ente con 4.000 professionisti, il totale dei fascicoli

da verificare sarebbe 1.333 (4.000/3). Tuttavia, essendo 1.333 maggiore di 200, il numero di fascicoli da verificare risulta pari a 200;

2. L'Ente in esempio è dotato di 6 Aree Funzionali (AF) e 3 Presidi. Sceglie di verificare 4 AF, di cui:
 - a. L'AF1 relativa solo al Presidio 1 (P1), e ha 555 professionisti;
 - b. L'AF2 trasversale ai Presidi 1, 2 e 3, e ha 900 professionisti;
 - c. L'AF3 trasversale ai Presidi 2 e 3, e ha 700 professionisti;
 - d. L'AF4 è amministrativa, trasversale ai Presidi, e ha 845 professionisti.
3. Il totale di 200 fascicoli da verificare è quindi da distribuirsi nelle 4 AF selezionate;
4. Ottenuto il numero di fascicoli da verificare per ogni AF, si considera che vi sono AF trasversali a diversi Presidi;
5. La distribuzione dei fascicoli per Presidio sarà proporzionale al numero di professionisti presenti per le tipologie di figure professionali selezionate, per le AF a livello di Presidio.

Figura 3 - Esempio di calcolo del campione minimo raccomandato di fascicoli per un Ente con 4.000 professionisti, multipresidio e 6 Aree Funzionali



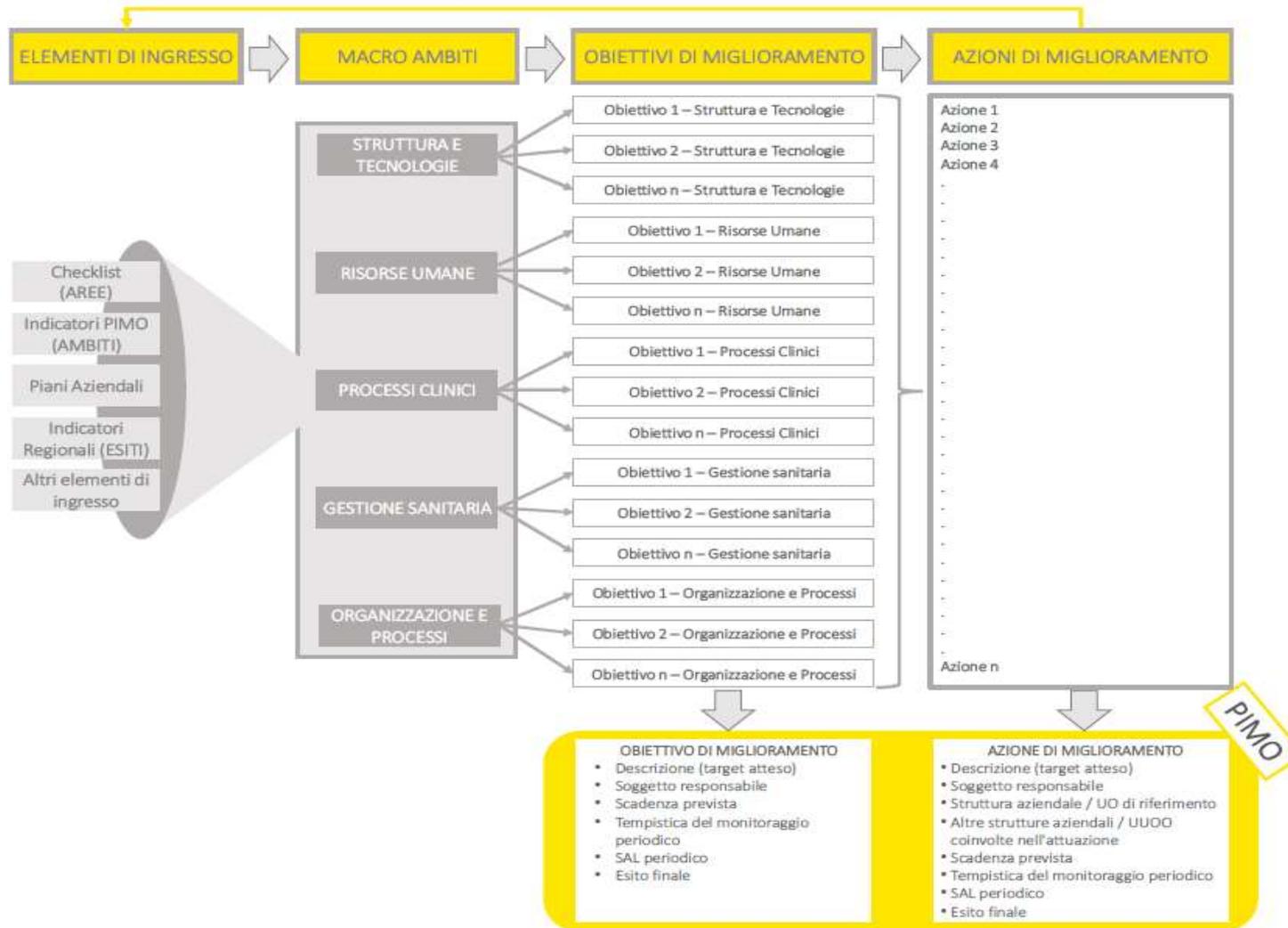
NOTA: I NUMERI RIPORTATI IN FIGURA SONO PURAMENTE INDICATIVI, SI LASCIA ALLA DISCREZIONALITÀ DEI VALUTATORI LA DEFINIZIONE DEI CRITERI DI PROPORZIONALITÀ PIÙ ADEGUATI

Alcuni Item di processo con modalità di verifica "Verifica sul Campo" non sono relativi al percorso medico, chirurgico e riabilitativo del paziente, all'emergenza/ urgenza, ambulatorio o di continuità assistenziale. Questi Item si riferiscono ad elementi che non possono essere verificati in un campione di riferimento tramite verifiche sul campo.

PIANO INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

STRUTTURA DEL PIMO

Figura 1 – Processo di elaborazione del PIMO



1. IDENTIFICAZIONE DEGLI ELEMENTI DI INGRESSO AL PIMO

Gli elementi di ingresso che misurano il miglioramento dell'Organizzazione sono molteplici e, al fine di identificare tutte le aree di miglioramento dell'Organizzazione, è necessario che siano considerati nella loro totalità.

L'insieme degli elementi di ingresso al PIMO possono essere così riassunti:

- ▶ Checklist di Autovalutazione
- ▶ Piani aziendali
- ▶ Indicatori regionali presenti sul portale di governo di Regione Lombardia
- ▶ Altri elementi di ingresso, quali ad esempio:
 - Attività derivanti da Commissioni/Comitati, laddove previsti, e dal monitoraggio dei relativi processi
 - Esito di processi di certificazione (ad esempio: ISO, Joint Commission International)
 - Esiti di precedenti PIMO
 - Vincoli di budget
 - Nuove normative
 - Obiettivi particolari.

Le sezioni seguenti descrivono nel dettaglio ciascuno degli elementi di ingresso identificati.

1.1. Checklist di Autovalutazione di Regione Lombardia

L'utilizzo della Checklist come elemento di ingresso al PIMO serve per l'identificazione delle aree di miglioramento, cioè degli item non assolti pienamente.

La nuova Checklist di Autovalutazione sarà strutturata in 16 Aree, riportate e descritte brevemente nella tabella seguente.

Area		ORDINE Standard	DESCRIZIONE STD
AREA 1	EED	1	DIRITTI
AREA 1	EED	2	ENGAGEMENT
AREA 1	EED	3	PRESA IN CARICO
AREA 1	EED	4	EMPOWERMENT
AREA 2	IACR	1	INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO
AREA 2	IACR	2	INFORMAZIONE E COORDINAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA
AREA 2	IACR	3	PROCESSO EDUCATIVO
AREA 2	IACR	4	RICERCA
AREA 3	AC	1	PROCESSO DI TRASFERIMENTO
AREA 3	AC	2	CONTINUITA' DI CURE
AREA 3	AC	3	SERVIZI DI ANESTESIA
AREA 3	AC	4	SERVIZI DI CHIRURGIA
AREA 3	AC	5	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA

AREA 3	AC	6	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP
AREA 4	OCCA	1	POLITICHE E PROCESSI ORGANIZZATIVI - GESTIONALI
AREA 4	OCCA	2	RISORSE UMANE
AREA 4	OCCA	3	INEGRAZIONE E COORDINAMENTO DELLE CURE
AREA 4	OCCA	4	GESTIONE INFORMAZIONI
AREA 4	OCCA	5	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE
AREA 4	OCCA	6	ECO-COMPATIBILITA' AMBIENTALE
AREA 4	OCCA	7	RICERCA CLINICA
AREA 5	PGRC	1	PROCESSO DI IDENTIFICAZIONE
AREA 5	PGRC	2	PREVENZIONE DEI DANNI DA ERRORI DI TERAPIA FARMACOLOGICA
AREA 5	PGRC	3	GESTIONE IN SICUREZZA DELLE PROCEDURE INVASIVE MAGGIORI E DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI
AREA 5	PGRC	4	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI
AREA 5	PGRC	5	PREVENZIONE DELLE CADUTE
AREA 5	PGRC	6	PREVENZIONE DEL RISCHIO IN AREA MATERNO/INFANTILE
AREA 5	PGRC	7	GESTIONE DI PROCESSI AD ALTO RISCHIO
AREA 5	PGRC	8	GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI
AREA 7	SAT	2	ACCESSIBILITÀ FISICA
AREA 7	SAT	3	ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, SEMPLIFICAZIONE E TRASPARENZA
AREA 7	SAT	4	CURA DELLA RELAZIONE

STRUTTURA DEL PIMO

1.2. Piani aziendali

I Piani Aziendali possono fornire indicazioni sulle azioni da porre in essere relativamente agli ambiti di competenza per il miglioramento dell'organizzazione. L'integrazione con il PIMO prevede l'identificazione di sinergie tra i diversi piani aziendali, gli elementi di ingresso ed i responsabili coinvolti nel processo. Nello specifico, sono stati identificati i seguenti Piani Aziendali riportati nella tabella seguente.

PIANI AZIENDALI	NORMATIVA DI RIFERIMENTO
1 PIANO QUALITÀ E SICUREZZA	D.lgs. 81/2008. Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro
2 PIANO DI RISK MANAGEMENT	Legge n.24 dell'8.03.2017, "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"
3 PIANO DELLE PERFORMANCE	Delibera G.R. 28 luglio 2010, n. IX/351. Le linee guida elaborate nel mese di gennaio 2012 da Regione Lombardia che, nel recepire le indicazioni dell'art. 16 del citato D.lgs. 150/2009, recante disposizioni sull'adeguamento degli ordinamenti delle regioni e degli enti locali, ha definito il sistema di misurazione delle performance da adottare nelle aziende sanitarie pubbliche lombarde e lo schema di piano delle performance
4 PIANO DELLA FORMAZIONE	D.G.R. N. VII/13792 del 25.07.2003 recante "Determinazioni per l'attivazione del sistema di formazione continua – programma Educazione Continua in Medicina (ECM) in Lombardia" che attiva il sistema ECM lombardo per la formazione continua
5 PIANO DELLA COMUNICAZIONE	D.G.R. 26/10/2012 n. IX/4334. Disciplina delle pubblicazioni e delle iniziative di comunicazione ed informazione della Regione Lombardia
6 PIANO INTERNO AUDIT	L.R. 30 del 2006. Il Manuale di Internal Auditing descrive i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro utilizzati dall'Unità Organizzativa Sistema dei Controlli e Coordinamento Organismi Indipendenti per l'attività di auditing sui processi operativi volti alla realizzazione degli obiettivi del Programma Regionale di Sviluppo (Audit Operativi) e sulle procedure attivate dalle Strutture della Giunta Regionale e dagli Enti del Sistema Regionale così come definiti dalla L.R. 30 del 2006 e S.M.I. (Audit di Conformità)
7 PIANO DI MANUTENZIONE	Legge 109/1994, Piano di manutenzione dell'opera e delle sue parti
8 PIANO DI ACCREDITAMENTO	Delibera G.R. 20 dicembre 2013, n. 1101. Recepimento dell'intesa sancita ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L. 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul documento recante "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'art. 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 (rep. atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009; rep. n. 259/CSR del 20 dicembre 2012)

1.3. Indicatori Regionali

Le aree di miglioramento nell'area clinica saranno identificate anche a partire dal riesame del posizionamento dell'Ente rispetto agli indicatori proposti da Regione Lombardia, quali:

► Indicatori dell'AHRQ, presenti nella piattaforma come INDICATORI DI MONITORAGGIO INTERNO. Il sistema di indicatori AHRQ configura un sistema di monitoraggio che, ai fini di una corretta valutazione delle criticità e dei conseguenti interventi correttivi per l'implementazione dei Piani di Miglioramento, deve essere integrato con il calcolo di una serie di indicatori ad essi collegati.

► Indicatori del Piano Nazionale degli Esiti (PNE), gestito da AGENAS per conto del Ministero della Salute. Il PNE ha prodotto risultati che hanno l'obiettivo di supportare programmi di auditing clinico organizzativo. I risultati del PNE sono fortemente

30

dipendenti dalla qualità dei dati SDO a livello nazionale così come trasmessi dalle Regioni, e vanno letti e interpretati alla luce dei metodi di disegno di studio e di analisi statistica adottati dal PNE. Pertanto, le attività di auditing a livello regionale e locale hanno avuto, e dovranno ancora avere, come prima fase, la valutazione della qualità dei dati e dei risultati.

► Indicatori del “*modello a bersaglio*” sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Universitaria Superiore Sant’Anna di Pisa. Il modello ha portato alla selezione di indicatori, di valutazione e osservazione, al fine di descrivere e confrontare le diverse dimensioni della performance del Sistema Sanitario secondo sei dimensioni di analisi:

- Lo stato di salute della popolazione
- La capacità di perseguire le strategie regionali
- La valutazione socio-sanitaria
- La valutazione dell’esperienza degli utenti
- La valutazione dell’esperienza dei dipendenti
- La valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell’efficienza operativa.

I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio, che offre un quadro di sintesi della performance della Regione o della singola Struttura illustrandone i punti di forza e debolezza. Nel caso di posizionamento dell’Ente inferiore al valore medio regionale/valore benchmark, il riesame della Direzione porterà a individuare le cause e, se necessario, a identificare le azioni di miglioramento da inserire nel PIMO.

1.4. Altri elementi di ingresso

Gli ulteriori elementi di ingresso, che sono strettamente dipendenti dalle caratteristiche specifiche di ogni Struttura Sanitaria, possono derivare ad esempio da:

- Gli esiti di attività specifiche Commissioni o Comitati, laddove previsti
- Dal monitoraggio dei relativi processi
- Gli esiti dei processi di certificazione
- Gli esiti di precedenti PIMO
- I vincoli di budget
- L’entrata in vigore di nuove normative
- L’implementazione di obiettivi particolari.

2. DEFINIZIONE DEI MACRO AMBITI

Il modello proposto di struttura del PIMO ha l’obiettivo di garantire il monitoraggio di tutti gli obiettivi e delle relative azioni di miglioramento aziendali identificate a valle dell’analisi di tutti gli elementi di ingresso. In particolare, come mostrato in Figura 1, gli elementi di ingresso consentono, in seguito ad un’aggregazione per macro ambiti, di identificare gli obiettivi di miglioramento che, a loro volta, devono essere tradotti in azioni integrate nel PIMO.

Si riportano, nella tabella seguente, gli elementi di ingresso organizzati secondo i macro ambiti identificati.

Tabella 4 – Macro ambiti ed elementi di ingresso

MACROAMBITO	DESCRIZIONE	ELEMENTI DI INGRESSO	
1 STRUTTURA TECNOLOGIE	Comprende tutti gli elementi di ingresso le caratteristiche fisiche e le dotazioni tecnologiche e strumentali della struttura	Ambiti indicatori PIMO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Struttura ▶ Tecnologie ▶ Sistemi Informativi
		Aree Checklist	
		Piani aziendali	Qualità e sicurezza
		indicatori Regionali	
2 RISORSE UMANE	Comprende tutti gli elementi di ingresso inerenti il personale della Struttura Sanitaria	Ambiti indicatori PIMO	Risorse Umane
		Aree Checklist	
		Piani aziendali	Formazione
		indicatori Regionali	
3 PROCESSI CLINICI	Comprende tutti gli elementi di ingresso inerenti l'erogazione di prestazioni sanitarie direttamente riconducibili al percorso clinico del paziente	Ambiti indicatori PIMO	
		Aree Checklist	
		Piani aziendali	
		indicatori Regionali	AHRQ, PNE, Modello a bersaglio
4 GESTIONE SANITARIA	Comprende tutti gli elementi di ingresso inerenti la gestione igienico sanitaria della Struttura Sanitaria	Ambiti indicatori PIMO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Organizzazione (ECCETTO: Distribuzione delle classi di RECLAMI) ▶ Sicurezza
		Aree Checklist	
		Piani aziendali	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Qualità e sicurezza ▶ Risk Management
		indicatori Regionali	
5 ORGANIZZAZIONE E PROCESSI	Comprende tutti gli elementi di ingresso inerenti l'organizzazione aziendale, l'efficienza dei processi e le performance della Struttura Sanitaria	Ambiti indicatori PIMO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Economico finanziario ▶ Organizzazione (Distribuzione delle classi di RECLAMI) ▶ Monitoraggio
		Aree Checklist	
		Piani aziendali	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Performance ▶ Comunicazione ▶ Internal Audit
		indicatori Regionali	

Per quanto riguarda le altre tipologie di elementi di ingresso, non si ritiene opportuno collocarle in un macro ambito specifico, essendo queste (laddove previste) strettamente dipendenti dalle caratteristiche della Struttura Sanitaria. A seconda degli esiti e delle aree di competenza di questi ulteriori elementi, l'identificazione del macro ambito di riferimento sarà a discrezione della Struttura.

3. STRUTTURA DEL PIMO

La proposta di struttura del PIMO prevede:

- ▶ Un documento di alto livello che raccoglie una sintesi degli obiettivi di miglioramento
- ▶ Un allegato di dettaglio con l'evidenza di tutti gli obiettivi e delle relative azioni di miglioramento che consenta, altresì, un monitoraggio periodico dello stato di avanzamento delle stesse.

EXECUTIVE SUMMARY

All'interno di tale Sezione saranno riportati tutti i punti di attenzione emersi a livello aziendale a fronte dell'integrazione e dell'analisi degli elementi di ingresso. I punti di attenzione evidenziati saranno rivalutati in coerenza con la strategia aziendale e gli obiettivi di miglioramento inseriti nel Verbale del Riesame della Direzione Strategica, e articolati in base ai criteri di priorità identificati dalla Struttura.

OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO PER MACRO AMBITO

All'interno di tale Sezione saranno riportati, per ciascun elemento di ingresso e macro ambito di riferimento, gli obiettivi di miglioramento aziendali con il dettaglio delle informazioni di seguito riportate (estrazione di dettaglio dell'*Allegato 1 - Relazione di dettaglio al PIMO*).

Figura 2 - Dettaglio Allegato 1 - Relazione di dettaglio al PIMO

Elemento di ingresso	Macro ambito di riferimento	Dettaglio Obiettivi di Miglioramento dell'Organizzazione			
		Obiettivo di Miglioramento	Descrizione (target atteso)	Soggetto responsabile Obiettivo di Miglioramento	Scadenza prevista Obiettivo di Miglioramento

Tale struttura sarà replicata per i seguenti paragrafi:

- STRUTTURA E TECNOLOGIE
- RISORSE UMANE
- PROCESSI CLINICI
- GESTIONE SANITARIA

ORGANIZZAZIONE E PROCESSI

Il dettaglio delle azioni di miglioramento correlate a ciascun obiettivo identificato è riportato nell'*Allegato 1 -*

Relazione di dettaglio al PIMO all'interno del quale sono dettagliate le seguenti informazioni:

- ▶ Descrizione (target atteso)
- ▶ Soggetto responsabile
- ▶ Struttura aziendale / UO di riferimento
- ▶ Altre strutture aziendali / UUOO coinvolte nell'attuazione
- ▶ Scadenza prevista
- ▶ Tempistica del monitoraggio periodico
- ▶ SAL periodico
- ▶ Esito finale.

SOGGETTI INTERVENUTI NELLA REDAZIONE E CONDIVISIONE DEL PIMO

All'interno di tale Sezione sarà riportato il dettaglio di tutti i soggetti intervenuti nelle fasi di redazione e condivisione del Piano di Miglioramento dell'Organizzazione.

Di seguito si riporta un prospetto esemplificativo che permette di tracciare i soggetti e la Struttura / UO di appartenenza intervenuti in tale fase.

REFERENTE AZIENDALE	AREA AZIENDALE	FIRMA



Allegato 2

**PROGRAMMA
INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO
DELL'ORGANIZZAZIONE**

2020 - 2022

Il Programma, adottato da Regione Lombardia come strumento di governo del sistema sanitario, è applicato dal 2017 all'interno delle aziende ospedaliere per attivare e monitorare i processi che generano attività e valore nelle strutture sanitarie.

Lo sviluppo ulteriore del Programma prevede integrazioni e modifiche degli strumenti check-list e PIMO, Indicatori di Monitoraggio Interno e l'inserimento nelle Le indicazioni presenti in questo documento permettono di utilizzare i dati presenti sulla piattaforma PrIMO per: monitorare, attraverso i nuovi indicatori, le attività aziendali, i percorsi di cura, l'andamento dei processi clinico-organizzativi aggiornati con la valutazione della soddisfazione degli assistiti, integrare le informazioni derivanti dai contenuti di tutte le aree.

SVILUPPO DEI PROCESSI

Il presente documento vuole integrare la valutazione del percorso di cure con la relazione tra la persona assistita e i medici, i professionisti responsabili delle cure, gli operatori per fornire il valore aggiunto dell'attenzione al fruitore dei servizi come persona, correlandola agli standard, verifiche e audit del PrIMO questo significa:

- Introdurre indicatori dedicati all'engagement nei processi sanitari
- Revisionare gli indicatori di educazione terapeutica del paziente nei percorsi di cura

La soddisfazione del paziente relativa agli aspetti della relazione e della comunicazione orienta la persona consapevole della propria capacità di scelta, che necessita di ulteriori cure, verso la struttura che a parità di servizi offerti e di specializzazione lo cura garantendogli un adeguato contesto relazionale. La valenza maggiore sta nel fatto che la relazione positiva permette maggiore fiducia nelle persone e nell'organizzazione, maggiore coinvolgimento del paziente alle indicazioni degli operatori sanitari e migliori risultati nella diagnosi, nella terapia, nella riabilitazione. Viceversa, una relazione non adeguata alle aspettative può inficiare un lavoro ben fatto.

L'importanza di valutare le attività svolte, non solo attraverso evidenze negative quali possono essere i reclami, suggerisce: l'utilizzo di sistemi di rilevazione della soddisfazione degli utenti nell'ambito delle iniziative strategiche e l'analisi dei dati per rendere oggettiva la valutazione dei servizi offerti.

Va sempre tenuto in considerazione che la variabilità dei contesti rende difficile fornire precise indicazioni per ogni situazione.

La Direzione aziendale la responsabilità relativa alla definizione della gestione dei rapporti con la persona assistita, dovrebbe assicurare efficaci interazioni tra i cittadini-utenti e il personale della organizzazione dei servizi. Questo influisce in modo determinante sulla qualità del servizio percepita dalle persone assistite. La Direzione può influire su questa percezione creando una immagine appropriata basata sulla realtà delle azioni svolte per soddisfare le esigenze del cittadino fruitore dei servizi; questa immagine presentata dal personale ad ogni livello, ha un effetto determinante nei rapporti tra organizzazione e persone assistite.

La direzione deve:

- garantire che le esigenze e le aspettative dei cittadini siano pienamente comprese, soddisfatte, determinate e convertite in requisiti con l'obiettivo di conseguire la fiducia
- avere la capacità di sviluppare una "visione" che catturi quella del personale, poiché è con tale modalità che aumenta la motivazione e l'impegno nel lavoro delle persone coinvolte. La visione deve a sua volta essere esplicitata in una "missione" che sia ben articolata, realistica ma soprattutto compresa e condivisa
- assicurarsi attraverso le sue strutture di aver compreso i bisogni e le aspettative delle persone assistite ai fini di trasformarle in requisiti applicabili.

Oltre alle aspettative di miglioramento delle proprie condizioni di salute o della propria qualità di vita, le aspettative di ogni persona nel momento in cui diventa fruitore dei servizi sanitari sono quelle di:

- essere indirizzato correttamente
- non perdere tempo
- avere una informazione corretta e comprensibile
- ottenere adeguati livelli di comunicazione
- raggiungere il massimo livello di benessere possibile
- contare sull'efficacia delle relazioni utente-operatore

Il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari deve prendere in considerazione gli aspetti umani e garantire un'adeguata relazione nella gestione della persona assistita, prospettiva essenziale per conseguire i benefici attesi. Le attività per realizzarla sono:

- Ascoltare, conoscere e recepire i bisogni, adeguandosi ad essi nel tempo
- Definire chiaramente le esigenze ai fini di trasformarle in requisiti applicabili
- Soddisfare bisogni ed esigenze in conformità alle norme e all'etica professionale
- Migliorare i processi di comunicazione con esternamente ed internamente all'organizzazione aziendale
- Migliorare l'accessibilità abolendo barriere

- Mantenere l'attenzione ai requisiti sociali e dell'ambiente
- Promuovere un impegno collettivo per la qualità all'interno dell'organizzazione dei servizi
- Promuovere la formazione permanente di tutti gli operatori per migliorare continuamente i servizi
- Riconoscere e premiare i risultati ottenuti.

Nel perseguire questi obiettivi, si ritiene utile sottolineare che ogni attività intrapresa per raggiungerli prima di essere attuata deve ottenere il maggior consenso possibile dagli operatori e fruitori dei servizi coinvolti, a maggior ragione, le attività che non sono fattibili senza l'impegno reciproco di operatori e fruitori dei servizi.

L'impegno dell'organizzazione aziendale è, inoltre, far conoscere il significato e i contenuti di ciò che intende perseguire, assicurare che la politica per il miglioramento della qualità sia compresa e sostenuta a tutti i livelli, stimolando e favorendo la motivazione e il coinvolgimento di professionisti e operatori.

Le attività strategiche sono:

- considerare gli aspetti sociali connessi al servizio;
- porre l'attenzione alle interazioni umane come aspetti determinanti per la qualità del servizio
- riconoscere l'importanza della percezione che la persona ha dell'immagine, della cultura e delle prestazioni dell'organizzazione
- sviluppare l'abilità e la capacità del personale
- motivare il personale a migliorare la qualità ed a soddisfare le aspettative degli assistiti

Va considerato che in questo contesto è ancor più necessario spostare l'attenzione dai processi alle risorse umane dedicate alla realizzazione del servizio, infatti queste, nell'accezione più recente dei sistemi qualità, costituiscono un requisito maggiormente valorizzato. Una considerazione ulteriore è che il rapporto medico-paziente è radicalmente cambiato e tuttora in via di trasformazione.

Tale rapporto si configura in un modello che vede la persona assistita partecipe delle decisioni e sempre più coinvolta nella valutazione e che la fa diventare il naturale mediatore tra sapere scientifico e sapere esperienziale nella comprensione della malattia e dell'impatto sociale.

La possibilità di focalizzare l'attenzione sugli aspetti di più facile valutazione per i pazienti: relazione, organizzazione, struttura, non dovrebbe condizionare gli atti del singolo medico, mentre, per la struttura sanitaria, implementare un sistema qualità centrato sulla sola soddisfazione del paziente, dando per scontata la qualità tecnica dell'assistenza, è il rischio opposto a quanto precedentemente riportato.

Anche in questo caso la trasparenza insita nel sistema qualità deve fornire evidenze e soddisfare i requisiti con l'utilizzo di indicatori di risultato per orientare il sistema.

Dovrebbero essere esplicitamente definite le responsabilità ed il livello di coinvolgimento di tutto il personale la cui attività influenza la qualità del servizio per un efficace relazione con le persone assistite; questi due aspetti sono la base fondante e irrinunciabile della credibilità dell'impegno aziendale rispetto alle relazioni con le persone assistite.

È necessario sottolineare che il personale fa parte del sistema qualità, non crea la qualità.

Tutte le funzioni devono essere coinvolte, il miglioramento deriva dall'impegno e dall'interazione di tutti gli operatori; è importante che la struttura riconosca questa capacità nel proprio personale in quanto il perseguimento continuo del miglioramento è un'attività propria di chi opera nella struttura per questo l'organizzazione deve mettere a disposizione risorse adeguate a sostenere questa capacità: la risorsa più importante è costituita dai comportamenti delle singole persone. Tali comportamenti risentono fortemente della motivazione, pertanto le risorse umane adeguate sono risorse umane motivate e capaci di rapportarsi con gli utenti.

L'organizzazione seleziona il personale anche sulla base delle idoneità a svolgere un determinato tipo di lavoro, l'ambiente di lavoro deve stimolare il miglioramento e i rapporti di collaborazione: è necessario che tutto il personale sia consapevole di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito. Per garantire una comunicazione efficace l'organizzazione realizza progetti relativi all'informazione e all'orientamento del cittadino relativamente ai servizi erogati e agevola con indicazioni, segnaletica adeguata e facilmente comprensibile i percorsi all'interno delle strutture.

È importante valutare, attraverso l'uso di indicatori, la percezione della persona assistita sull'ambiente, sul livello di comunicazione, sulla disponibilità e adeguatezza delle informazioni, e analizzare i reclami relativi a tali aspetti. Particolare attenzione deve essere prestata ai report relativi alla soddisfazione dell'utente al fine di:

- promuovere azioni di miglioramento del flusso di comunicazione, tra chi eroga il servizio e i fruitori dei servizi sanitari per accrescere la consapevolezza degli stessi;
- conoscere l'opinione della persona assistita sui servizi ricevuti e sulle modalità di erogazione, per passare dalla condivisione delle informazioni alla costruzione delle soluzioni e comprendere pienamente aspettative e bisogni della persona in modo da convertirli in requisiti orientando il sistema qualità verso le richieste
- sviluppare il sistema di informazione e raccolta del giudizio delle persone assistite ai fini del miglioramento dell'offerta e della fruizione dei servizi sanitari.

L'impegno dell'organizzazione aziendale per migliorare la qualità dei servizi fornisce elementi per un maggior controllo delle attività, per l'addestramento del personale, per presentare le performance del sistema qualità al mondo esterno. Gli aspetti relativi alla relazione sono strettamente integrati a quanto descritto nella Carta dei servizi pubblici sanitari che è un documento esplicativo, promozionale, formativo, permette il controllo da parte del cittadino, facilita i processi di verifica e di miglioramento continuo. Sta alla struttura sanitaria identificare se i punti relativi alla comunicazione e relazione possono essere trattati integrandoli in procedure che descrivono attività o processi tecnici, o se esistono aree critiche della comunicazione-relazione che richiedono protocolli o istruzioni generalizzate e trasversali come ad esempio quelle relative al consenso informato. Alcuni esempi di caratteristiche che possono essere indicate nei documenti in relazione al grado di dettaglio sono:

- sollecitudine, cortesia, comodità, comfort, competenza, accuratezza, credibilità rispetto, disponibilità, efficacia nella comunicazione.

Altro esempio, le istruzioni di lavoro relative alle modalità di informazione possono precisare che all'utente va comunicato:

- il nominativo del responsabile del processo di cura che eroga la prestazione, sede ed orari, requisiti e modalità di accesso, modulistica e documentazione necessaria, eventuale costo e modalità di pagamento, durata della prestazione, tempo medio di attesa, tempi e modi di rilascio degli esiti, eventuali scadenze e rinnovi, punti di erogazione delle prestazioni, ubicazione esatta dei punti (indirizzo - telefono - e-mail), mezzi di trasporto utilizzabili ed eventuali parcheggi limitrofi.

Il grado di dettaglio dell'informazione fornita sull'accesso o sulle prestazioni erogabile è funzione del livello di accessibilità che si ritiene adeguato. È utile indicare come l'URP gestisce questi aspetti specifici di rapporto con i fruitori dei servizi. La rilevazione della soddisfazione dell'utente rende necessari programmi al fine di garantirne una efficace attuazione, includendo:

- sistematicità delle rilevazioni
- allocazione di sufficienti risorse individuando adeguate tecniche di formazione relativa agli aspetti della comunicazione e relazione
- generazione di adeguati reports assicurando la compatibilità tra attività che si svolgono nella progettazione-realizzazione del servizio e l'aspetto relazionale
- controllo degli aspetti di partecipazione attiva e consensuale del cittadino ai fini di ottenere risposte utilizzabili

Le persone assistite:

- hanno diritto a ricevere sempre (verbalmente e in forma scritta, se richiesto) una descrizione del trattamento proposto, dei risultati prevedibili, delle indagini diagnostiche e delle procedure di cura, in un linguaggio comprensibile; saranno avvisate dei rischi e delle alternative, prima dell'esecuzione del trattamento
- devono essere messe in grado di prendere le proprie decisioni liberamente e cioè senza coercizioni provenienti dal contesto sociale, dalla famiglia, dalle équipe e dalle strutture sanitarie.

La competenza decisionale della persona assistita deve essere verificata di volta in volta. Anche una limitata capacità può essere presa in considerazione, come nel caso di minori.

I contenuti dell'informazione, che è momento centrale del consenso informato, se realmente capiti, divengono i requisiti da concordare prima della loro accettazione.

Perché l'informazione sia comprensibile e compresa deve:

- contenere tutte le notizie necessarie per consentire alla persona interessata una scelta libera e consapevole
- essere veritiera, completa, fornita in modo semplice e comprensibile con competenza e capacità relazionale evitando dati superflui ai fini della comprensione da parte della persona assistita
- essere fornita, in caso di diagnosi e prognosi infauste, con termini e modalità non traumatizzanti, che non escludano elementi di speranza, che permettano alla persona assistita di affrontare responsabilmente la realtà.
- comprendere tutte le alternative terapeutiche e non terapeutiche affinché la persona assistita possa essere messa in grado di esercitare correttamente i suoi diritti specialmente in caso di interventi invasivi e di procedure pericolose.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico è l'interfaccia più significativa e rappresenta la "superficie di contatto" dell'amministrazione con l'utenza di cui valuta sistematicamente il grado di soddisfazione dei servizi e l'evoluzione dei bisogni qualitativi. Tra le interfacce organizzative e tecniche nell'ambito dei progetti di relazione con le persone assistite sono da considerare le organizzazioni di pazienti, questi organismi collaborano alla programmazione delle iniziative di comunicazione ed alla formulazione di proposte così come alla valutazione dei servizi offerti.

Se in sanità non necessariamente la persona assistita è in grado di valutare la componente tecnica del servizio, è comunque sempre capace di valutarne la componente relazionale. Le indagini di soddisfazione rappresentano un sistema di verifica del rispetto degli impegni assunti dalle strutture e, più in generale, di giudizio sui servizi erogati così come questi vengono percepiti dai cittadini. È importante considerare però che la percezione del servizio e quindi la sua valutazione risente fortemente delle aspettative. È importante che la struttura si doti di uno strumento per rilevare le opinioni delle persone assistite: l'esigenza è quella di creare uno strumento efficace. L'attività di validazione esaminerà se le persone partecipano volentieri al processo, comprendono le problematiche e forniscono risposte utilizzabili, se lo strumento è in grado di generare reports per la dirigenza utili a valutazioni decisionali, se può essere attuato sistematicamente con le risorse previste. È necessario mantenere una gestione controllata della documentazione atta ad informare i cittadini, a partire dalle informazioni generali, quelle riportate nella Carta dei servizi, fino alla modulistica utilizzata per formalizzare il consenso informato. Particolare attenzione dovrà essere dedicata alla conservazione e al trattamento dei dati sensibili. Il processo di comunicazione ha come esito il fatto che la persona assistita sia sempre messa nelle condizioni di comprendere esattamente quanto viene detto o richiesto dagli operatori, l'informazione deve essere soggetta come ogni altro prodotto a standard di qualità. La corretta comunicazione con la persona assistita è un fattore di qualità: comunicare correttamente significa saper ascoltare e informare. In merito alla comunicazione l'azienda sanitaria si deve dotare di indicatori per rilevare le difficoltà di comunicazione o di interazione, definire le specifiche della comunicazione, come ad esempio le regole di informazione sui tempi di attesa, sulle modalità di accesso alle prestazioni, sui tempi e modalità di risposta.

Il processo di comunicazione comprende inoltre spiegazioni sull'effetto di ogni eventuale problema e sulle possibilità di risoluzione e l'assicurarsi che le persone assistite siano consapevoli del contributo che esse possono dare alla qualità del servizio.

Relativamente alla relazione il processo dell'accoglienza viene identificato tra quelli più critici per l'instaurazione di un adeguato rapporto con la persona assistita. La prima fase di questo processo è una fase di filtro in cui viene svolta una valutazione di adeguatezza rispetto agli obiettivi e alle funzioni del servizio. Svolgere il processo di accoglienza in condizioni controllate significa anche garantire aspetti strutturali come lo spazio predisposto alla sistemazione del paziente, alla privacy che garantisce, alla gradevolezza. Il controllo deve estendersi ai tempi, l'orario d'ingresso deve essere tale da garantire una quantità di tempo adeguata al processo mantenendo un'adeguata flessibilità per non diminuire l'accessibilità. Il

controllo di processo va esteso all'aspetto relazionale fino a comprendere: lo stile comunicativo adottato, la predisposizione di strategie di dialogo che permettano di ascoltare attivamente ciò che l'utente dice. Concetto importante è l'autocontrollo del personale addetto alla realizzazione del servizio, come parte integrante delle misure del processo.

La valutazione del servizio fornito, da parte della persona assistita è la misura finale della qualità di un servizio. Tale giudizio che può essere immediato, ritardato o retrospettivo è spesso l'unica forma di prova o controllo. La struttura sanitaria deve eseguire prove e controlli ulteriori a quelli che considerano il parere degli assistiti. Durante l'erogazione del servizio, le prove e i controlli da effettuare sono anche quelli previsti nella progettazione e definiti nelle specifiche dei controlli della qualità, gli elementi da valutare sono gli stessi che la persona assistita valuta. Su tali elementi la persona esprimerà un giudizio che verrà raccolto nella valutazione della soddisfazione dell'utente.

Il controllo della qualità delle relazioni con le persone assistite deve essere progettato come parte integrante dei processi del servizio. Ad esempio, verificare che tutti i passaggi dell'accoglienza siano stati rispettati e andati a buon fine chiedendo riscontro al paziente stesso sulla gradevolezza / accettabilità della sua sistemazione e della sua privacy e su tutti gli altri aspetti che possono condizionare un rapporto non adeguato in modo da poterli correggere. Durante l'erogazione del servizio una modalità di controllo è l'autocontrollo nell'assicurarsi che la persona assistita sia rassicurata durante il suo percorso nella struttura sanitaria, facendogli domande, osservandola. Tali modalità non sono da vedere come modalità di cortesia ma come vere e proprie verifiche del livello di tutela percepito dal paziente.

Devono essere stabilite procedure per il continuo controllo e adeguamento del sistema usato per misurare gli aspetti di comunicazione, informazione, relazione che caratterizzano il servizio. Nei controlli sono compresi quelli relativi alla capacità del personale, alle procedure di misura, ad ogni modello analitico e ai software utilizzati.

Lo strumento con cui le persone assistite comunicano è quello del reclamo. La gestione del reclamo è uno strumento di valenza strategica per la struttura sanitaria. Oltre a costituire, anche se retrospettivamente, un monitoraggio dei punti critici del sistema, può divenire un elemento di cambiamento che orienta l'azione decisionale dell'azienda attraverso un'adeguata gestione delle azioni correttive. Da qui l'importanza di cogliere segnali di disagio e di insoddisfazione per rilevare la qualità percepita aumentando la sensibilità degli strumenti e delle metodologie d'ascolto.

L'azienda deve predisporre procedure scritte che prevedano:

- i tempi e le responsabilità per la gestione delle singole fasi dell'iter del reclamo;
- modalità di gestione complessiva del reclamo
- informazione periodica all'utente
- risposta motivata e nota informativa sulle modalità che consentiranno di superare le difficoltà descritte nel reclamo

In questo processo l'unità operativa maggiormente coinvolta è l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

La continua valutazione dei processi del servizio necessaria per individuare e perseguire attivamente le opportunità di miglioramento deve essere alimentata dalla valutazione dei dati, da tutte le fonti pertinenti, la diffusione delle informazioni derivanti dalle attività di analisi deve essere stabilita dalla Direzione e mantenuta, le relative responsabilità devono essere definite. Il personale a diretto contatto con il cittadino-utente è una fonte importante di informazione per il miglioramento del processo della qualità, pertanto anche in questo senso dovrà essere adeguatamente addestrato e motivato. Per quanto riguarda la gestione dei reclami la valenza maggiore sta nella ricerca delle cause della non conformità che ha portato al reclamo e nella gestione delle azioni atte a rimuovere tali cause, tenendo sotto controllo l'efficacia di tali azioni. Tali attività si estendono anche ai casi non segnalati come reclami ma riconosciuti dagli operatori come non conformi (evento sentinella). È necessario stabilire opportune modalità comportamentali per la gestione della persona assistita nei momenti di attesa che compatibilmente con la situazione clinica, devono salvaguardare gli aspetti di relazione, informazione, comunicazione. Lo spostamento della persona per necessità assistenziali o il suo trasporto all'interno della struttura sanitaria deve seguire procedure che oltre a garantire la sicurezza assicurino la tutela della dignità della persona.

L'intervento formativo deve essere centrato sui concetti di rapporto e soddisfazione del cittadino espressi dall'organizzazione attraverso la politica per la qualità definita, sulla ridefinizione dei ruoli, sulla capacità di interagire con il paziente nei processi diagnostico-terapeutici. In generale la formazione del personale deve essere finalizzata al miglioramento delle relazioni tra gli operatori che interagiscono con gli utenti e gli stessi utenti dei servizi. L'esigenza di fondo è quella di affrontare i problemi che derivano da un rapporto inadeguato tra l'operatore sanitario e il cittadino, troppo spesso limitato ai soli aspetti tecnici o amministrativi. La specificità dei servizi sanitari, infatti, richiede un approccio specifico all'utente in modo da non incidere negativamente sul percorso assistenziale.

La strategia per rispondere a problemi di tipo relazionale è quella di rafforzare le capacità degli operatori di instaurare un rapporto adeguato con l'utenza. In questo contesto la formazione sul lavoro e l'aggiornamento professionale rappresentano la strategia prescelta per avviare un cambiamento culturale all'interno delle Strutture sanitarie. Il problema può venire affrontato seguendo ottiche ed approcci metodologici diversi: da un lato, intraprendendo programmi formativi dedicati al personale, dall'altro, sviluppando iniziative di tipo progettuale che integrano l'azione formativa ad altri interventi finalizzati a migliorare il rapporto tra l'operatore e il cittadino. Altri obiettivi possono essere relativi alla gestione del sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti come il fornire modalità per la conduzione delle interviste, introdurre metodologie e tecniche per la raccolta e l'analisi dei dati. In qualunque caso è comunque necessario che la struttura sanitaria valuti l'efficacia di tali interventi.

Per quanto riguarda il punto relativo alla qualificazione del personale, questa deve comprendere anche la verifica dell'efficacia della formazione su argomenti che prevedono aspetti psicologici, sociali.

Deve essere valutata l'opportunità di inserire queste persone in progetti di formazione e di valutare quindi l'efficacia di tali interventi o di stabilire adeguate modalità di valutazione dell'efficacia e del mantenimento dell'addestramento e formazione operata da terzi (le stesse associazioni di pazienti).

Nella gestione del programma questa attività potrebbe contemplare azioni che non riguardano direttamente il paziente ma che permettono all'azienda sanitaria di avere informazioni di ritorno utili alla valutazione del proprio servizio. Rientrano quindi in questo punto le attività concordate e svolte con le associazioni dei malati e le attività per le famiglie dei pazienti.

La misurazione della soddisfazione sugli aspetti del servizio relativi alla relazione, comunicazione, informazione ha come finalità quella di determinare lo scostamento tra la performance attuale e i bisogni e le aspettative delle persone assistite.

La realizzazione dell'engagement in sanità richiede un cambiamento radicale nella configurazione e nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e nelle modalità di interazione con le persone con patologia cronica e i loro caregiver formali chiamati a rivestire un ruolo sempre più attivo e centrale nei processi socioassistenziali. Per rispondere a tali mutamenti, le organizzazioni sanitarie stanno modificando il loro assetto sostenendo, in particolare, l'adozione delle nuove tecnologie per la salute per rispondere alle esigenze delle popolazioni cliniche e dei loro caregiver informali. Tuttavia, nonostante sia condiviso e ampiamente riconosciuto il valore di adottare le nuove tecnologie nei processi di assistenza e cura, alcuni ostacoli ancora sussistono e ne impediscono l'efficace implementazione. Inoltre, secondo la

letteratura ed i professionisti sul campo è opportuno anche mettere in luce i rischi legati all'adozione delle nuove tecnologie oltre agli indubbi vantaggi. Tra questi si osserva una sostanziale assenza di linee guida condivise e di framework scientificamente validati alla base dello sviluppo e dell'implementazione di tecnologie per l'engagement. Ciò determina anche limitate evidenze circa l'efficacia clinica degli strumenti e servizi tecnologici ad oggi disponibili. Ulteriore ricerca è auspicabile in questa direzione. Inoltre, l'utente finale delle tecnologie, è generalmente scarsamente coinvolto nella loro progettazione: di conseguenza, le tecnologie, spesso, non sono allineate ai bisogni degli utenti, rischiando così di essere inefficaci rispetto agli outcome attesi. Oggi le tecnologie costituiscono un importante adiuvante dei processi assistenziali alle persone con patologia cronica e ne garantiscono la continuità. Esse possono supportare la sinergia costante tra tutti gli elementi e gli attori in gioco nel processo di engagement, permettendo una ristrutturazione dell'esperienza della gestione della salute e una modifica o una sostituzione dell'esperienza presente del malessere con stimoli coinvolgenti e positivi. Tuttavia, nonostante le promettenti evidenze scientifiche riportate dalla letteratura sul valore dell'adozione delle nuove tecnologie per promuovere l'engagement, gli interventi a oggi disponibili spesso agiscono in modo frammentato su diverse componenti di questo fenomeno e solo in rari casi in modo sistematico e multifattoriale. Inoltre, solo in rari casi la tecnologia è sviluppata sulla base di un'analisi sistematica dei bisogni degli utenti. È opinione degli esperti che, alla luce di queste considerazioni, siano considerate come abilitanti il processo di engagement e integrative di altre strategie di intervento non tecnologiche: l'intervento tecnologico a supporto dell'engagement, infatti, non può essere considerato come sostitutivo della relazione tra la persona e il suo team assistenziale. Inoltre, è importante considerare le tecnologie come un mezzo di intervento e non un fine. Per questo il livello di sviluppo e di innovazione tecnologica è da intendersi non come un obiettivo in sé, come se l'aggiornamento tecnologico costituisse da solo una garanzia di efficacia, quanto come uno dei possibili mezzi per promuovere l'engagement. È importante evitare il rischio che le tecnologie siano sviluppate e utilizzate come un'imposizione proposta dal sistema alla persona con malattia cronica. Innanzitutto, è fondamentale garantire il pieno coinvolgimento dalla struttura sanitaria e degli operatori. Questo implica l'importanza di iniziative di formazione, sensibilizzazione e accompagnamento sul campo volte ad avvicinare l'organizzazione sanitaria e gli operatori all'intervento tecnologico e al suo uso, è dimostrato, dalle evidenze scientifiche, oltre che dalla pratica clinica, che senza l'avvallo e il sostegno della struttura sanitaria e degli operatori sanitari l'intervento di natura tecnologia a promozione dell'engagement rischia di non essere accettato e seguito dall'assistito.

Nel programma PrIMO obiettivo prioritario è intervenire efficacemente sul miglioramento delle analisi dei bisogni e sull'utilizzo delle risorse disponibili. Per ottimizzare l'impiego delle risorse umane è indispensabile: valorizzare le competenze, integrare ruoli e funzioni, garantire continuità e coerenza nelle risposte ai bisogni degli assistiti quindi, per avviare interventi di miglioramento sui processi è necessario investire sul capitale umano: l'organizzazione aziendale deve "prendersi cura" delle proprie risorse umane e garantire il benessere organizzativo.

La salute organizzativa si focalizza fortemente sul rapporto fra il lavoratore e il luogo di lavoro, quello tra persone e organizzazione è un "rapporto" con tutta la complessità che ne deriva. Il successo dell'organizzazione dipende strettamente dal comportamento delle persone al suo interno, dal modo in cui essa è capace di motivare i suoi componenti a partecipare, ad accettare gli scopi individuati, dal modo in cui ottiene la loro adesione. Proprio quando si parla di rapporto tra persona e organizzazione, lo "stare bene al lavoro" è di fondamentale importanza per entrambi gli elementi. Da punto di vista del lavoratore, la sua qualità di vita globale è fortemente influenzata da questo aspetto in quanto trascorre al lavoro gran parte di essa. Dal punto di vista dell'organizzazione è importante mantenere un buon ambiente di lavoro, in quanto condizioni di scarso benessere possono causare diminuzione della qualità dei servizi e aumento dei reclami da parte degli assistiti.

Lo sviluppo della comunicazione interna rappresenta uno strumento importante, non soltanto per il miglioramento dei processi organizzativi e relazionali, ma anche per favorire la partecipazione di tutti gli operatori ai processi organizzativi, il loro senso di condivisione e, di conseguenza, il benessere organizzativo.

L'organizzazione aziendale, nei programmi di gestione, deve considerare quello ambientale in quanto anche gli ospedali provocano un impatto sull'ambiente per il consumo di: prodotti, materiali, energia, acqua e producono scarichi idrici, emissioni, rifiuti. Quindi è necessario identificare questo binomio di interventi: migliorare la qualità dei servizi e con minori impatti ambientali senza, naturalmente, compromettere la sicurezza ma con un nuovo approccio sistematico. Per avviare il miglioramento continuo delle performance ambientali possono essere intraprese dall'azienda iniziative sui vari settori dell'organizzazione, anche avvalendosi di percorsi certificati, quali ad esempio: misure di miglioramento per la riduzione di rifiuti sanitari pericolosi, riduzione di detersivi e disinfettanti, di dispositivi monouso, di acqua minerale attraverso informazione e addestramento degli operatori e la standardizzazione dei comportamenti

SVILUPPO DEL PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE 2020-2022

In questa parte del documento sono descritte le attività che integrano le aree di valutazione, monitoraggio interno e piano integrato di miglioramento dell'organizzazione.

CHECK-LIST

La Checklist è uno strumento volto a rendere omogenee le modalità di valutazione di diverse aree (intese come macro-categorie di tematiche relative alla Struttura Sanitaria ad ognuna delle quali sono associati standard declinati in elementi misurabili da valutare tramite un punteggio). La Checklist di autovalutazione si inserisce in una logica di continuità ed interdipendenza rispetto agli altri strumenti di pianificazione degli interventi capaci di rimuovere, secondo criteri di priorità definiti, le carenze rilevate e di migliorare il sistema di gestione.

Gli obiettivi associati alle Checklist sono:

- consolidare modalità omogenee di monitoraggio degli standard regionali di qualità dell'assistenza e sicurezza delle persone assistite;
- supportare le direzioni strategiche nel monitoraggio delle attività aziendali;
- rafforzare il collegamento fra scelte strategiche e strumenti di attuazione;
- condurre l'organizzazione alla creazione di valore attraverso il monitoraggio continuo dei processi aziendali;
- rendere evidente tale monitoraggio, prevedendo il coinvolgimento di tutti gli operatori ai vari livelli dell'organizzazione;
- promuovere la comunicazione interna ed esterna:
 - del monitoraggio continuo nelle varie aree operative/gestionali;
 - dei risultati e del miglioramento continuo di ogni processo aziendale.

La struttura e le indicazioni per l'utilizzo della check-list sono riportate nel Manuale.

PIANO INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

Il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione è il collettore di tutti gli obiettivi di miglioramento aziendali. La metodologia e struttura del PIMO sono state delineate in seguito alla mappatura di tutti gli elementi di ingresso al PIMO (dati di input) e alla loro riorganizzazione in macro-ambiti, al fine di consentirne un'integrazione logica e facilitare le Strutture Sanitarie nell'individuazione degli

obiettivi e delle azioni di miglioramento secondo le Aree Aziendali di maggiore interesse.

La struttura e le indicazioni per l'utilizzo del Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione sono riportate nel Manuale.

MONITORAGGIO INTERNO

Regione Lombardia con l'introduzione della piattaforma PRIMO – Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione - ha adottato uno strumento di governo del sistema sanitario, che si applica all'interno delle Strutture accreditate per attivare e monitorare i processi che generano valore quale la creazione di servizi, i percorsi organizzativi e i percorsi clinico assistenziali. PRIMO integra la logica della visione economico-finanziaria per recuperare valore dalle attività sanitarie creando così un processo di miglioramento continuo.

Gli indicatori di monitoraggio interno sono fondamentali per creare circolarità nella valutazione e miglioramento continuo nei servizi aziendali. Attraverso il costante monitoraggio degli indicatori si sviluppano, attraverso il collegamento con le check-list inserite nel programma PRIMO, gli obiettivi e le relative azioni da inserire nel piano di miglioramento, PIMO.

L'autovalutazione e il piano di miglioramento hanno identificato aree e ambiti entro i quali sviluppare indicatori; le aree rappresentano dei macro-contenitori all'interno dei quali ogni singola struttura focalizza i processi dell'organizzazione, crea, attraverso un sistema di audit interno una verifica di adeguamento ai requisiti che permettono il raggiungimento degli standard di riferimento. Il sistema di monitoraggio interno permette di controllare tutte le aree e i processi aziendali ed individuare gli ambiti di miglioramento.

INDICATORI PER IL MONITORAGGIO INTERNO DEI PROCESSI AZIENDALI

Qualità e sicurezza sono aree fondamentali per tutti i professionisti delle strutture sanitarie e, pertanto, è necessario il monitoraggio continuo e l'analisi dei dati finalizzati al miglioramento dei processi organizzativi e dei percorsi clinico-assistenziali. In considerazione della sovrabbondanza delle informazioni disponibili, è opportuno che ogni Azienda stabilisca le priorità di valutazione e si doti di un sistema di monitoraggio interno, al fine di evidenziare tempestivamente le criticità, individuare situazioni da sottoporre ad un'analisi più approfondita e programmare opportunamente gli eventuali interventi migliorativi.

1. FONTI INFORMATIVE, SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE, INDICATORI

2. NAVIGAZIONE PIATTAFORMA PRIMO

3. SELEZIONE DELLE INFORMAZIONI PER LA DEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ DI INTERVENTO

4. CONDIVISIONE DEL PIANO INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE (PIMO)

1. FONTI INFORMATIVE, SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE, INDICATORI

Per il calcolo degli indicatori sulla piattaforma PrIMO sono utilizzati i dati che pervengono a Regione Lombardia dai singoli Enti / Strutture mediante la trasmissione del debito informativo.

I dati contenuti nei database amministrativi, così definiti in quanto sono alla base del processo di rendicontazione e valorizzazione delle prestazioni, contengono anche una grande quantità di informazioni cliniche relative agli episodi di assistenza cui fanno riferimento.

La codifica di tali prestazioni è effettuata facendo riferimento a classificazioni internazionali (per la codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera —SDO— si utilizza la ICD-9-CM "International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification" nella sua revisione del 2007) o nazionali (Nomenclatore Tariffario per le prestazioni ambulatoriali; classificazioni aggiuntive per le prestazioni di Pronto Soccorso secondo le norme tecniche del Decreto 6/SAN).

Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero, la codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera offre la possibilità di utilizzare un campo obbligatorio per descrivere la diagnosi principale, e 5 campi aggiuntivi per eventuali diagnosi ulteriori; sono inoltre presenti 6 campi per descrivere gli interventi e le procedure eseguite durante il ricovero. La grande quantità di codici utilizzabili per descrivere le diagnosi (circa 12.400 codici diversi) e le procedure, replicabili ognuna fino a sei volte, rende di fatto improponibile l'utilizzo delle singole codifiche per sé per riassumere in modo utile la tipologia di ricoveri dei singoli ospedali.

Esistono dunque sistemi di classificazione dei ricoveri che permettono di assegnare ad ogni episodio di ospedalizzazione un unico descrittore che riassume in modo clinicamente significativo, basandosi sui soli dati della SDO, con modalità mutuamente esclusiva ed esaustiva, il contenuto dell'assistenza erogata.

La classificazione che in questi anni è diventata la più conosciuta e di uso comune (anche per i risvolti economici derivanti dal fatto che su questa classificazione sono modulate le tariffe con le quali sono rimborsati i ricoveri ospedalieri) è sicuramente la classificazione per DRG —*Diagnosis Related Groups*—, denominati in italiano Raggruppamenti Omogenei per Diagnosi —ROD—.

L'obiettivo specifico dei DRG è quello di descrivere la complessità assistenziale della casistica dei pazienti ricoverati presso ospedali per acuti (il cosiddetto case-mix) attraverso la definizione di categorie di ricoveri che siano al tempo stesso clinicamente significative ed omogenee in quanto a risorse assorbite nel loro profilo di cura. Questa caratteristica rende possibile utilizzare i DRG per la gestione interna dell'ospedale (ad esempio per la pianificazione dei Budget, per l'implementazione del Controllo di Gestione, per la stesura di Report, ecc.).

I DRG permettono inoltre la valutazione della complessità dell'assistenza e dell'efficienza operativa dell'ospedale e delle sue componenti (ad esempio le diverse Unità

Organizzative). Per far questo sono a disposizione indicatori ormai “classici” quali l’Indice di Case-Mix e l’Indice Comparativo di Performance.

Una classificazione ulteriore dei ricoveri derivata dai DRG è costituita dai cosiddetti APR-DRGs: essa definisce per ogni episodio di ricovero due sottoclassi indipendenti, una di severità clinica e una di rischio di morte, entrambe suddivise in quattro livelli di rischio crescente, numerati da 1 a 4. La piattaforma PRIMO, utilizzando un algoritmo mutuato dalla AHRQ restituisce ad ogni Ente / Struttura la classificazione APR-DRG degli episodi di ricovero analizzati, ove sia possibile calcolarne il dato, comprensiva dei livelli di severità e rischio. All’interno della piattaforma Primo sono forniti da Regione Lombardia tutta un serie di indicatori (descritti in dettaglio al punto 2.) calcolati, secondo algoritmi forniti nella piattaforma stessa, per gli episodi di ricovero, e per gli accessi di Pronto Soccorso.

Un indicatore di qualità, secondo la classica definizione di Donabedian, è la misura quantitativa che si utilizza come guida per controllare e confermare la qualità degli aspetti importanti della pratica. Storicamente gli indicatori, sempre secondo Donabedian, sono stati suddivisi in base al dominio misurato, che può essere di Struttura, di Processo o di Esito (inteso come esito in termini di salute; tra questi sono inclusi i PROM, *Patient Reported Outcome Measures*, Misure di Esito Riferite dal Paziente). Più di recente sono stati introdotti i due nuovi domini di Accesso —che includono indicatori che valutano il raggiungimento da parte del paziente di una cura appropriata— e di Esperienza del paziente —indicatori che aggregano dati forniti da pazienti circa la loro osservazione dell’assistenza e partecipazione all’assistenza; da qualche autore definiti PREM, *Patient Reported Experience Measures*—.

2. NAVIGAZIONE PIATTAFORMA PRIMO

Nel Portale di Governo di Regione Lombardia all’indirizzo <https://logindwh.servizirl.it> sono disponibili diversi set di indicatori aggiornati mensilmente.

L’accesso al portale avviene tramite password; una guida per come accedere è disponibili su questo link:

https://logindwh.servizirl.it/erogatore-servizio/download.do?filename=Accesso_Portale_Regionale.pdf&type=docs&skip=true

All’interno della voce “Piattaforma PRIMO” del menu principale, nella sezione “Monitoraggio interno”, sono presenti gli “**indicatori AHRQ**” e gli “**indicatori Sepsis**”.

Il sistema di indicatori proposto dalla Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) è costruito a partire dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e contiene quattro set di indicatori:

- Inpatient Quality Indicators (IQI) racchiude indicatori di: mortalità per condizioni cliniche, mortalità post-operatoria, volumi di attività, ove è dimostrata una relazione inversa tra volumi di attività e qualità, ed infine appropriatezza, valutata attraverso la percentuale di utilizzazione di alcune procedure;

- Patient Safety Indicators (PSI), orientati alla gestione del rischio clinico;
- Prevention Quality Indicators (PQI), utili per la valutazione dell'attività territoriale in quanto descrivono la ospedalizzazione evitabile;
- Pediatric Quality Indicators (PDI), specifici per l'età pediatrica.

Nell'area **“Sepsi”** all'interno della sezione **“Monitoraggio interno”** è possibile generare quattro liste con i casi di Sepsis estratti dalle SDO utilizzando i criteri Angus (Med Care. 2014 Jun;52(6):e39-43) e AHRQ (PSI 13 Postoperative Sepsis Rate) per: l'ambito chirurgico in elezione, l'ambito chirurgico non in elezione, l'ambito medico in elezione e l'ambito medico non in elezione. Si può inoltre visualizzare in forma grafica (funnel plot) e tabellare come si collocano le proprie unità operative rispetto al riferimento regionale in termini di frequenza sia di casi di sepsi sia di decessi per sepsi.

All'interno della voce **“Piattaforma PRIMO”** del menu principale è disponibile anche il **“Cruscotto Pronto Soccorso”** che contiene indicatori calcolati a partire dai flussi di PS quali: numero di accessi, triage di accesso e dimissione, problema principale, diagnosi, modalità di dimissione, tempi di attesa e rapporto in/out.

Il portale consente di scaricare dei file di dettaglio dei singoli ricoveri/accessi che contiene tra le varie informazioni anche lo stato in vita dell'assistito (variabile **“DT_decesso”**) aggiornato al giorno in cui si effettua l'esportazione del dato; questo consente di analizzare (per ora solo per gli assistiti in Lombardia) la mortalità successiva ad un ricovero o ad un accesso in PS.

All'interno della voce **“Governo SSL”** del menu principale, nella sezione **“Valutazione Performance”**, sono disponibili set di indicatori relativi ad: Appropriatazza, Efficacia, Esito (Piano Nazionale Esiti), Network Regioni, NOC e Bacino di Utenza. Il **“Dossier Enti”** racchiude una sintesi di indicatori utili a caratterizzare la singola ASST.

Per gli Indicatori di Esito, selezionando **“Analisi Struttura”**, è possibile scaricare i **“dati di dettaglio indicatore”** relativi ai ricoveri che hanno generato numeratore e denominatore di ogni specifico indicatore.

Nella sezione Documentazione è possibile visualizzare le schede tecniche degli indicatori.

3. SELEZIONE DELLE INFORMAZIONI PER LA DEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ DI INTERVENTO

L'ampia disponibilità dei dati pubblicati sul portale di governo fa emergere l'esigenza di selezionare le informazioni più rilevanti e di definire meglio gli ambiti prioritari di intervento per evitare che il monitoraggio, per quanto esaustivo e sofisticato, non rimanga fine a sé stesso.

Per svolgere questo compito occorrono 3 principali elementi: la chiarezza dei punti critici che emergono dalla piattaforma PIMO, la conoscenza profonda degli obiettivi dell'Alta Direzione Aziendale, la conoscenza degli obiettivi dei professionisti coinvolti.

1. Conoscenza indicatori: come detto nei punti precedenti la conoscenza delle informazioni disponibili è il prerequisito necessario per attivare i passaggi successivi e presuppone una adeguata formazione specifica.
2. Conoscenza obiettivi Alta Direzione: per gli ospedali pubblici la sezione della piattaforma che riporta gli obiettivi delle Direzioni è di grande aiuto in questo senso ma è sempre necessario verificare se esiste un effettivo allineamento tra gli obiettivi esplicitati e gli indicatori evidenziati al punto 1
3. Conoscenza degli obiettivi dei professionisti coinvolti: Gli indicatori relativi all'attività clinica ed assistenziale possono caratterizzarsi per uno scollamento tra la definizione degli indicatori in ambito istituzionale, gli obiettivi assegnati alle Direzioni e l'interesse professionale degli operatori sanitari. La discrepanza è spesso legata alla consuetudine, da parte dei professionisti, nell'utilizzo di misurazioni e indicatori derivati dall'ambito professionale di riferimento (congressi e pubblicazioni relative a studi clinici e linee guida).

Risulta quindi evidente che senza una significativa chiarezza ed allineamento tra i tre elementi citati si potrebbero ottenere risultati meno efficaci del previsto. Per massimizzare l'impatto delle informazioni sui processi di miglioramento è necessario perseguire una adeguata selezione delle informazioni e una corretta interpretazione dei risultati, il continuo ascolto e indirizzo delle Direzioni, il dialogo con i professionisti per ottenere il loro coinvolgimento nei processi di miglioramento.

La costruzione di strumenti e di passi da compiere ogni qualvolta sia necessario fare questo sforzo di allineamento può essere di grande aiuto e può essere così schematizzato:

- Selezionare i dati più rilevanti.
- Predisporre una modalità di presentazione dei dati chiara e articolata in funzione del destinatario delle informazioni (Direzione, Unità Operativa, singoli Professionisti)
- Analizzare, interpretare e correggere i dati con gli esperti (Professionisti)
- Monitorare i processi tenendo conto delle correzioni

In questo modo si crea un ciclo virtuoso di definizione delle priorità che ricalca il famoso PDSA Cycle (PLAN: Selezione dei dati significativi; DO: Modalità di presentazione dei dati; STUDY: Analisi e correzione dei dati con gli esperti; ACT: Monitoraggio tenendo conto delle correzioni) da sempre ritenuto efficace strumento di azione.

4. CONDIVISIONE DEL PIANO INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE (PIMO)

Il piano integrato di miglioramento dell'organizzazione ha una connotazione strategica, di programmazione delle attività nel contesto istituzionale e territoriale di riferimento e richiede l'integrazione di tutte le funzioni aziendali coinvolte nella programmazione. La definizione del PIMO presuppone i seguenti passaggi:

- 1) Analisi di contesto
- 2) Censimento delle informazioni disponibili
- 3) Selezione delle informazioni più rilevanti
- 4) Verifica delle informazioni (Auditing)
- 5) Definizione delle priorità di intervento in relazione alle criticità rilevate
- 6) Approvazione formale del Piano in subordine al punto (4) e in relazione agli obiettivi strategici
- 7) Definizione degli obiettivi (budgeting)
- 8) Monitoraggio delle azioni correttive
- 9) Condivisione delle attività di monitoraggio
- 10) Pubblicazione dei risultati (collegamento con il Piano delle Performance)

L'analisi dei dati e la progettazione delle azioni correttive si possono esplicitare a più livelli (Azienda multipresidio, singolo presidio, dipartimento, unità operativa) in funzione dell'assetto organizzativo. In ogni caso i punti 1, 2, 3, 4 hanno come riferimento la funzione aziendale che presidia l'area qualità, i punti 5 e 6 costituiscono i punti più qualificanti del "Riesame della Direzione" e i punti successivi sono subordinati agli specifici assetti aziendali.

L'utilizzo delle informazioni per la progettazione delle azioni correttive richiede necessariamente il coinvolgimento dei professionisti delle singole Unità Operative. È necessario pertanto prevedere un'attività di auditing che può essere programmato o estemporaneo.

L'audit "estemporaneo" si realizza in conseguenza di significativi scostamenti episodici dagli standard istituzionali o professionali o in conseguenza di eventi avversi significativi.

L'audit "programmato" si effettua secondo un calendario predefinito e condiviso con le Unità Operative e presuppone i seguenti passaggi:

- 1) Programmazione in subordine alla rilevazione delle criticità rilevate e alle priorità di intervento
- 2) Selezione degli standard di riferimento (linee guida, buone pratiche, PDTA)
- 3) Misurazione delle performance privilegiando gli indicatori di out come e di processo assistenziale
- 4) Interpretazione dei risultati e progettazione delle azioni correttive
- 5) Monitoraggio delle azioni correttive

La base informativa minima per l'istruttoria degli audit programmati (punti 1, 2, 3) prevede:

- 1) Informazioni ricavate dalla check list di autovalutazione

- 2) Indicatori pubblicati sul portale di governo
- 3) Valutazione della qualità percepita
- 4) Informazioni relative alla sicurezza dei pazienti
- 5) Controllo delle infezioni e gestione delle sepsi

L'interpretazione dei risultati e la progettazione delle azioni correttive (audit clinico o clinico-organizzativo in senso stretto) presuppone la preliminare acquisizione di tutte le informazioni necessarie. Al fine di ottimizzare l'interazione con le Unità Operative l'istruttoria degli audit deve essere effettuata preliminarmente nelle giornate precedenti l'audit in senso stretto al fine di consentire alcune delle opportune verifiche di qualità dei dati rilevati. La rilevazione dei dati collegati alla check-list di autovalutazione (visita on-site) può essere effettuata nella stessa giornata di programmazione dell'audit, ma comunque prima della discussione dei risultati.

L'orizzonte temporale per la realizzazione degli audit prevede una programmazione triennale.

ATTIVITÀ ATS

In questa parte del documento sono indicate le attività proposte alle ATS della Città Metropolitana di Milano e ATS Montagna per avviare l'integrazione delle Agenzie nel programma PrIMO con l'obiettivo di perfezionare i percorsi ospedale-territorio sempre più orientati alla presa in carico della persona nel suo complesso, omogeneizzare i processi di valutazione, gestire le informazioni attraverso il sistema di indicatori di monitoraggio, di valutare le performance nei diversi ambiti dell'organizzazione, di individuare le azioni di miglioramento.

Il programma si prefigge di rispondere ai reali bisogni di salute dei cittadini attraverso il monitoraggio e la valutazione della qualità dei servizi offerti, la valorizzazione dei percorsi di cura, la personalizzazione con logiche di presa in carico.

Per migliorare la qualità dell'offerta è necessario lo studio e la sperimentazione di standard di risultato atteso e valutazione delle performance dove gli elementi di qualità sono la continuità assistenziale, le misure di governo in tutte le sue interfacce, la presa in carico come processo operativo per tutti i processi legati ai bisogni assistenziali.

Il miglioramento della qualità dei servizi si avvale di un nuovo approccio che prevede l'integrazione dell'Agenzia (ATS) nel PrIMO che comporta:

- mappatura dei processi e individuazione del flusso di valore
- autovalutazione dei processi attraverso standard e indicatori

- adozione di strumenti che garantiscano flessibilità gestionale in contrapposizione alla rigidità organizzativa

per:

- miglioramento della conoscenza delle caratteristiche dell'utenza e dei bisogni
- integrazione tra i servizi
- trasformazione dei servizi

alcuni dei possibili obiettivi e indicatori a essi collegati potrebbero riguardare la programmazione congiunta, la gestione congiunta, la sperimentazione congiunta al fine di valutare l'integrazione tra enti.

Un sistema così articolato deve poter poggiare su una valida architettura del sistema informativo, per questo la piattaforma PrIMO deve essere alimentata con tutte le informazioni aggiornate per avere una solida base dati facilmente fruibile per la valutazione dei risultati. Le informazioni derivano dalle aree di seguito elencate.

1. La check-list di autovalutazione, compilata a seguito delle attività di audit, verifica lo stato di raggiungimento degli standard in ognuna delle aree che, per le aziende ospedaliere, rappresentano il contesto organizzativo. La misurazione, da parte di ATS, degli items dei percorsi di cura è gestita sulla piattaforma con il fine di utilizzarla come strumento unitario per rendere omogenea la modalità di valutazione di processi condivisi.
2. L'attività di AUDIT prevede la programmazione di interventi congiunti su: percorsi di cura, informazione e diritti degli assistiti, sorveglianza infezioni e controllo uso antibiotici.
3. Gli indicatori di monitoraggio interno sono fondamentali per creare circolarità nella valutazione e miglioramento continuo del sistema. Attraverso il costante monitoraggio degli indicatori si sviluppano le azioni di miglioramento attraverso il collegamento con gli elementi misurati nella check-list; gli obiettivi e le relative azioni da inserire nel piano di miglioramento riguardano: la gestione delle sepsi, attività di pronto soccorso, valutazione della qualità dei percorsi di cura dei disturbi mentali gravi.
4. Un sistema di programmazione e controllo efficace si articola in obiettivi e relativi indicatori per la misurazione e il monitoraggio dell'andamento delle

attività di integrazione e ricomposizione delle risorse dei territori. Il programma, in relazione agli obiettivi prefissati, consente di dare una lettura dei fenomeni che avvengono sui territori utilizzando diverse prospettive e diversi livelli di approfondimento. L'integrazione è un insieme coerente di metodi e modelli e l'obiettivo è migliorare la qualità di cura e qualità della vita, soddisfazione delle persone assistite. L'attività si esplicita nel gestire le informazioni e l'ascolto degli assistiti, stabilire le procedure per il continuo controllo e adeguamento del sistema usato per misurare gli aspetti di comunicazione che caratterizzano il servizio.

INTEGRAZIONE PROGRAMMA MICRO-BIO

REGIONE LOMBARDIA è attiva nel monitoraggio e sorveglianza dei fenomeni che riguardano l'antimicrobicoresistenza e le infezioni correlate all'assistenza sin dal 2004, con la deliberazione N° X / 7468 del 04/12/2017 "Determinazioni relative alle azioni per il contrasto all'antimicrobicoresistenza e il controllo del consumo di antibiotici in ambito umano e in ambito veterinario in regione Lombardia: Piano Regionale 2018-2020 propone una strategia che vede come obiettivi: la riduzione della frequenza delle infezioni da microrganismi resistenti agli antibiotici e la riduzione della frequenza di infezioni associate all'assistenza sanitaria ospedaliera e comunitaria.

La Direzione Generale Welfare ha assunto il ruolo di coordinamento nel triennio 2018-2020 relativamente alla programmazione definendo le seguenti azioni:

- istituzione di un Gruppo tecnico di monitoraggio del fenomeno dell'AMR – ddg 16692 del 21.12.2017;
- predisposizione delle linee strategiche e dei documenti attuativi per il controllo dell'AMR;
- costruzione del sistema di monitoraggio regionale dell'AMR;
- verifica delle azioni adottate dalle ASST e ATS a livello territoriale.

Il Gruppo Tecnico di monitoraggio del fenomeno AMR di Regione Lombardia ha gestito le attività previste per consentire la messa a regime di tutte le azioni previste nel Piano entro il 31 dicembre 2020, perseguendo i seguenti macro-obiettivi:

- rafforzare la sorveglianza dell'AMR in ambito umano e veterinario;
- consolidare il sistema di sorveglianza regionale delle ICA;
- prevenire e controllare le infezioni da microrganismi resistenti;
- prevenire le malattie infettive e delle zoonosi;
- promuovere l'uso corretto degli antibiotici e la sorveglianza dei consumi;

- promuovere la comunicazione e l'informazione di conoscenze.

Inoltre, considerando che l'esperienza maturata negli anni ha portato a sviluppare con il progetto Microbio la nuova architettura del per soddisfare la necessità di perfezionare i sistemi attraverso: l'ampliamento dell'area di osservazione, l'integrazione all'ambito umano con quello animale e il controllo sull'uso degli antibiotici. Il passaggio da una logica di progetto ad una logica di programma è stata sancita con il Piano Regionale che, recependo quello nazionale, ha determinato le azioni per il contrasto all'antimicrobicoresistenza e il controllo del consumo di antibiotici in ambito umano e in ambito veterinario con la dgr N° X / 7468 del 04/12/2017 "*Determinazioni relative alle azioni per Il Contrasto all'antimicrobicoresistenza e il controllo del consumo di Antibiotici in Ambito Umano e in Ambito Veterinario in Regione Lombardia: Piano Regionale 2018-2020*" E Dgr N° X / 7630 Del 28/12/2017 "*Determinazioni Relative Alla Sorveglianza E Monitoraggio Delle Infezioni Correlate All'assistenza (Ica), Sepsi E Antimicrobicoresistenza: Piattaforma Micro-Bio*".

Il presente documento descrive le azioni intraprese dal Gruppo Tecnico Regionale (GTR) in relazione ai due macro-obiettivi di seguito elencati:

- individuare i principali esiti di salute che si vogliono raggiungere;
- indicare le azioni principali da realizzare a livello regionale/locale per promuovere un efficace contrasto del fenomeno dell'AMR, nei seguenti ambiti: sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni da microrganismi resistenti e dell'AMR; uso appropriato e sorveglianza del consumo degli antimicrobici in ambito umano e veterinario; potenziamento dei servizi diagnostici di microbiologia; formazione degli operatori sanitari; informazione/educazione della popolazione.

Per monitorare le azioni descritte nel programma sono inseriti in - CL – AREA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO:

- la check-list SPINCAR (sub allegato A)
- il questionario – lavaggio mani – (sub allegato B)

elementi a supporto per l'assolvimento dei requisiti relativi alla sorveglianza delle infezioni da integrare con gli indicatori presenti in INDICATORI DI MONITORAGGIO INTERNO, come descritto nel paragrafo dedicato.

Il Progetto MICRO-BIO: monitoraggio e miglioramento

La Microbiologia è una disciplina che studia le patologie correlate alle infezioni causate da batteri, virus e parassiti.

Nell'ambito dei lavori per il **PRogramma Integrato per il Miglioramento continuo dell'Organizzazione in sanità e socio-sanità (Pr.I.M.O.)**, si innesta il progetto **MICRO-BIO**, il quale va a rispondere all'esigenza di Regione Lombardia di recepire il PNCAR e le indicazioni degli organismi internazionali per strutturare il monitoraggio nei tre importanti ambiti di interesse ICA, SEPSI e AMR.



SEPSI

Lotta alla SEPSI attraverso l'analisi dei dati SDO restituiti da **algoritmi ANGUS-AHRQ** sviluppati rispettivamente dal Dr. Derek C. Angus dell'Università di Pittsburgh e dall'Agency for Healthcare Research & Quality (Angus & AHRQ)

ICA

Sorveglianza delle ICA (infezioni correlate all'assistenza) attraverso l'invio di segnalazioni complete da tutte le microbiologie accreditate in Lombardia con il **nuovo flusso SMAF A2A MICRO-BIO**.

AMR

Elaborazione e **restituzione trend, grafici, mappe e indicatori per il monitoraggio dell'Antimicrobico-Resistenza in Lombardia** attraverso il **nuovo portale della Microbiologia MICRO-BIO**.



Regione Lombardia

Il programma MICROBIO istituito con la delibera N° X / 7468 del 04/12/2017 “Determinazioni relative alle azioni per il contrasto all’antimicrobicoresistenza e il controllo del consumo di antibiotici in ambito umano e in ambito veterinario in regione Lombardia: Piano Regionale 2018-2020 e delibera N° X / 7630 del 28/12/2017 “Determinazioni relative alla sorveglianza e monitoraggio delle infezioni correlate all’assistenza (ICA), sepsi e antimicrobicoresistenza: piattaforma “MICRO-BIO” è parte integrante delle attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria previste dal Programma Integrato di Miglioramento dell’Organizzazione (Pr.I.M.O). Il miglioramento continuo è un processo di innovazione focalizzato, che coinvolge tutta l’azienda e consiste nell’adozione di miglioramenti piccoli, frequenti, continuativi nel tempo, finalizzati a ottenere risultati significativi grazie al loro effetto cumulativo.

Elementi essenziali sono:

- a) presenza e intervento del management nell’indirizzare e nel focalizzare gli sforzi di miglioramento in modo da assicurare la coerenza delle azioni intraprese con le esigenze operative e strategiche della Struttura,
- b) contributo diretto degli operatori nel proporre come migliorare i processi loro affidati, nel verificare la validità delle proposte e nel realizzare i cambiamenti necessari.

Area - PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Standard - Prevenzione Infezioni correlate alle pratiche assistenziali

Per soddisfare i requisiti dello standard e contribuire all’applicazione del piano anche a livello nazionali, è necessario compilare la check-list – **SPINCAR** – inserita nell’allegato check-list 2020 – 2022.

Il presente documento:

- individua i principali esiti di salute che si vogliono raggiungere;
- indica le azioni principali da realizzare a livello regionale/locale per promuovere un efficace contrasto del fenomeno dell’AMR, nei seguenti ambiti: sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni da microrganismi resistenti e dell’AMR; uso appropriato e sorveglianza del consumo degli antimicrobici in ambito umano e veterinario; potenziamento dei servizi diagnostici di microbiologia; formazione degli operatori sanitari; informazione/educazione della popolazione;
- definisce per ciascuna delle azioni individuate gli obiettivi e gli indicatori per le azioni considerate prioritarie.

Gli obiettivi generali sono:

- ridurre il tasso delle infezioni da microrganismi resistenti agli antibiotici sia in ambito umano che veterinario,
- ridurre il tasso di infezioni associate all'assistenza sanitaria ospedaliera e comunitaria,
- monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero, territoriale e veterinario,
- migliorare gli strumenti di sorveglianza e controllo sull'utilizzo appropriato dei farmaci,
- promuovere la consapevolezza da parte degli operatori delle filiere zootecniche e della comunità nell'uso degli antibiotici.

Le azioni, per contrastare efficacemente il fenomeno dell'AMR, riguardano interventi che coinvolgono i diversi settori interessati dal fenomeno, orientati ai molteplici determinanti e in grado di promuovere l'interazione e il coordinamento efficace ai diversi livelli. Per raggiungere tale obiettivo è necessario che gli interventi vengano attuati con il contributo dei diversi attori e che vengano attentamente coordinati, monitorati e aggiornati nel tempo, in base ai risultati raggiunti.

Data la complessità del fenomeno, condizione indispensabile per il governo delle azioni è quindi la messa in campo di iniziative in grado di garantire:

- partecipazione attiva di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie interessate a livello regionale e locale,
- individuazione delle risorse necessarie,
- monitoraggio puntuale di quanto ottenuto e ridefinizione periodica degli obiettivi e delle azioni in ragione dei risultati evidenziati.

Il contrasto dell'AMR deve necessariamente partire dalla conoscenza della grandezza del problema e sono necessari strumenti per conoscere i trend del fenomeno e verificare l'impatto di eventuali misure di controllo. Nella maggior parte dei piani internazionali la sorveglianza è vista in un'ottica "One Health" e si propone di raccogliere e analizzare, in maniera coordinata e integrata, sia dati provenienti dalla medicina umana, che dalla medicina veterinaria e dalla zootecnia attraverso gli obiettivi seguenti:

- **Rafforzare la sorveglianza dell'AMR** come attività stabile e rappresentativa della realtà di Regione Lombardia.
- **Migliorare la performance della sorveglianza regionale** promuovendo il coordinamento con la sorveglianza nazionale.
- **Implementare un sistema di allerte** per nuovi fenomeni/nuove resistenze.
- **Definire la partecipazione dei laboratori di microbiologia alla sorveglianza** con un modello esaustivo e non più sentinella.

Le infezioni correlate all'assistenza sono sempre più frequentemente sostenute da microrganismi resistenti ai farmaci di prima linea, spesso anche multi-resistenti. I sistemi di sorveglianza delle ICA si basano sull'utilizzo di dati amministrativi e su sistemi

di sorveglianza attiva, con la collaborazione di referenti dei reparti interessati e di personale addetto al controllo delle infezioni; attualmente i sistemi di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza si caratterizzano per il fatto di utilizzare in modo combinato fonti informative correnti, quali il laboratorio, l'archivio della farmaceutica, le schede di dimissione ospedaliera, e sistemi di sorveglianza attiva mirati a pazienti a rischio o a problemi specifici; obiettivi:

- Consolidare il sistema di sorveglianza regionale delle ICA in coerenza con le indicazioni dell'ECDC.
- Coordinamento di tutte le componenti del sistema regionale di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza.
- Adozione di misure di dimostrata efficacia per la prevenzione delle ICA e per la riduzione della incidenza di queste infezioni nel tempo.
- Omogeneizzare le strategie per la prevenzione e il controllo delle ICA, integrandole con quelle per l'uso appropriato di antibiotici.
- Rendere specifici e sostenibili i programmi di controllo nei diversi ambiti assistenziali.
- Migliorare le conoscenze e il livello di consapevolezza delle figure addette al controllo delle infezioni, dei referenti di reparto e degli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA.
- Migliorare e adeguare costantemente alle evidenze scientifiche disponibili il livello di efficacia delle misure di prevenzione e controllo delle ICA

Per quanto concerne la prevenzione delle malattie infettive e delle zoonosi va considerato che i microrganismi diventati resistenti agli antimicrobici sono stati equiparati alle malattie trasmissibili, per cui è opportuno e necessario adottare norme specifiche per la loro prevenzione e controllo. L'applicazione dei principi fondamentali di buona *governance* in materia di sanità animale e di buone prassi di allevamento può contribuire a prevenire e/o ridurre l'introduzione, lo sviluppo e la diffusione di malattie animali, anche quelle trasmissibili da e all'interno di una popolazione, massimizzando il numero di animali sani e, quindi, riducendo al minimo la necessità dell'uso degli agenti antimicrobici, con questi obiettivi:

- Rafforzare la prevenzione e il controllo delle infezioni in ambito veterinario.
- Promuovere l'attuazione di programmi nazionali di prevenzione e controllo delle malattie.
- Promuovere l'adozione di buone pratiche nella corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito.
- Promuovere l'impiego di trattamenti alternativi agli antimicrobici (presidi immunizzanti e non).
- Ridurre il rischio infettivo nelle aziende zootecniche.

INDICATORI MONITORAGGIO INTERNO – CONTROLLO INFEZIONI

La selezione di microrganismi antibioticoresistenti è strettamente correlata alla pressione antibiotica: in tutti gli ambiti nei quali si utilizzano antibiotici, l'introduzione di ogni nuovo farmaco è stata accompagnata dalla comparsa di microrganismi resistenti a quell'antibiotico. È possibile ridurre l'uso inappropriato di antibiotici attraverso programmi di contrasto all'antibiotico-resistenza, basati su attività di sorveglianza, strumenti di governo (stewardship), formazione degli operatori e informazione dei cittadini, il tutto accompagnato dalla definizione delle risorse necessarie, del mandato e della infrastruttura.

In accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, i consumi di farmaci vengono misurati secondo valori di riferimento standard, indicati come *Dosi Definite Giornaliere (DDD)*, che rappresentano “la dose media giornaliera, di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione terapeutica principale in pazienti adulti”.

- Ottimizzare il monitoraggio dei consumi e della spesa per antibiotici ad uso umano a livello, regionale e locale.
- Prevenire l'uso scorretto degli antibiotici a livello territoriale, con un maggiore coinvolgimento e responsabilizzazione dei farmacisti, dei prescrittori e dei cittadini.
- Garantire il monitoraggio dei dati di consumo di antibiotici ad uso umano.
- Promuovere lo sviluppo di sistemi regionali di monitoraggio dei consumi di antibiotici e della appropriatezza della prescrizione, necessari per la restituzione dei dati ai prescrittori e per azioni di miglioramento.

Anche in ambito veterinario l'uso prudente ha la sua rilevanza sia per la salute animale che pubblica. Esso è definito dal Codice Terrestre dell'OIE come una serie di misure pratiche e di raccomandazioni che conferiscono benefici alla salute animale e pubblica, e dall'OMS come l'uso di antimicrobici che massimizza l'effetto terapeutico e minimizza lo sviluppo dell'antimicrobico-resistenza. Tra i principi cardine di un uso prudente vi è la necessità che gli antimicrobici siano disponibili esclusivamente dietro prescrizione veterinaria, come conseguenza di una visita dell'animale, di una valutazione delle sue condizioni di vita e di una appropriata diagnosi. L'unica figura con competenze specifiche e, pertanto, autorizzata alla prescrizione non può che essere il veterinario, in quanto in possesso delle qualifiche tecniche necessarie, comprese quelle relative alla microbiologia, farmacologia ed etica, derivanti dalla sua formazione.

Un “uso prudente”, quindi, è frutto di valutazioni scientifiche e tecniche da parte di professionisti; è parte di buone pratiche veterinarie e di allevamento e prende in considerazione le pratiche di prevenzione delle malattie, così come l'uso di vaccinazioni e i miglioramenti delle condizioni di allevamento; si conforma alle

condizioni d'uso del medicinale veterinario autorizzato e si basa sui risultati della sorveglianza e del monitoraggio della resistenza, obiettivi:

- Rafforzare il sistema di sorveglianza delle vendite e dell'uso dei medicinali veterinari in generale e degli antimicrobici in particolare.
- Migliorare la tracciabilità del farmaco veterinario.
- Migliorare l'efficacia dei controlli ufficiali in materia di farmacovigilanza.
- Rivalutare periodicamente (annualmente) i dati di vendita e/o consumo.
- Promuovere l'uso appropriato e consapevole degli antimicrobici.
- Armonizzare e rendere omogenee a livello regionale le strategie per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito e per il corretto uso degli antimicrobici negli animali da compagnia al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza.
- Migliorare e promuovere le conoscenze e il livello di consapevolezza in merito al fenomeno della resistenza agli antimicrobici e promuovere la consapevolezza dell'importanza di un uso responsabile degli antimicrobici.
- Promuovere il dialogo con l'industria farmaceutica e con i grossisti/farmacie per una proficua collaborazione verso il raggiungimento degli obiettivi del piano.
- Fornire indicazioni circa i trattamenti preventivi e l'impiego dei test di sensibilità, primariamente per l'uso prudente dei CIAs.
- Promuovere il coinvolgimento delle Associazioni di categoria e delle Organizzazioni professionali.

La diffusione di conoscenze e di informazioni corrette è un presupposto essenziale per l'uso consapevole e appropriato degli antimicrobici. A tal fine, è fondamentale il coinvolgimento sia degli specialisti (medici ed altri operatori sanitari, veterinari, farmacisti, società scientifiche) sia della popolazione generale e di target specifici (pazienti, genitori, insegnanti, popolazione scolastica, consumatori, allevatori, proprietari di animali, agricoltori), la cui sensibilizzazione sul tema può contribuire a preservare l'efficacia di questi farmaci nel tempo. Se da un lato convinzioni e abitudini errate sulla prescrizione e il ricorso agli antimicrobici ne influenzano fortemente il consumo, dall'altro lacune nella comprensione pubblica del problema dell'antimicrobico-resistenza alimentano la confusione intorno al fenomeno. Migliorare la comprensione e la consapevolezza del fenomeno attraverso una comunicazione efficace e mirata è il primo dei cinque obiettivi del Piano d'Azione Globale sull'Antimicrobico-Resistenza dell'OMS. L'OMS sta inoltre coordinando la nuova campagna globale "Antibiotici: maneggiare con cura", che si pone l'obiettivo di incoraggiare l'adozione di buone pratiche nella popolazione, tra i decisori politici, gli operatori sanitari e quelli del settore veterinario e agricolo. In Europa, l'ECDC, dal 2008, ogni 18 novembre celebra lo *European Antibiotic Awareness Day* (EAAD) per sensibilizzare all'uso prudente degli antibiotici. Rende inoltre disponibili una piattaforma web (nelle principali lingue dell'Unione) e profili

dedicati sui più comuni Social Network, per favorire la corretta comunicazione ai cittadini e supportare le Autorità competenti e il personale sanitario nell'organizzazione di campagne informative a livello nazionale.

Anche in ambito veterinario, per ridurre il più possibile l'utilizzo di antimicrobici, sono necessarie campagne di sensibilizzazione riguardo ai rischi della resistenza antimicrobica provocata da un loro uso eccessivo e/o inappropriato ed alle conseguenze per l'individuo e la società in generale, così come sono necessari eventi di formazione continua per i professionisti sui temi della diagnosi, trattamento e prevenzione delle malattie infettive e dell'utilizzo appropriato degli antimicrobici. Nel settore degli animali da reddito, il corretto utilizzo degli antimicrobici è indispensabile per garantire l'efficacia delle terapie e limitare l'insorgenza di germi resistenti che potrebbero in seguito contaminare le derrate alimentari di origine animale. Anche il settore degli animali da compagnia gioca un ruolo importante nella riduzione e nella prevenzione della diffusione della resistenza. In tale ambito si colloca la campagna di sensibilizzazione realizzata, nel 2015, con l'opuscolo "Uso corretto degli antibiotici negli animali da compagnia", indirizzata sia ai veterinari, che sono tenuti al rispetto delle linee di indirizzo in materia, che ai proprietari degli animali, che devono attenersi con scrupolo alle indicazioni ricevute dal veterinario

La formazione rappresenta uno degli strumenti che permettono agli operatori sanitari di raggiungere la consapevolezza e la conoscenza del problema della resistenza agli antimicrobici, delle possibili soluzioni e del ruolo che ogni operatore sanitario può avere per il suo contesto. Le aree di competenza della formazione riguardano tutti gli ambiti della salute pubblica, sia umana che veterinaria. Le tematiche di maggiore interesse sono l'AMR, le ICA, l'uso corretto e prudente degli antibiotici in ambito umano e veterinario.

Check List 2019 22



CODICE AREA	ORDINE	DESCRIZIONE AREA
EED	AREA 1	ENGAGEMENT - EMPOWERMENT E DIRITTI
IACR	AREA 2	INFORMAZIONE E ASCOLTO - COMUNICAZIONE E RELAZIONE
AC	AREA 3	ASSISTENZA E CURA
OCCA	AREA 4	ORGANIZZAZIONE DELLE CURE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
PGRC	AREA 5	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
SCA	AREA 6	SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA
SAT	AREA 7	SERVIZI DI ASSISTENZA TERRITORIALI

CODICE AREA	ORDINE STD	DESCRIZIONE STD
EED	1	DIRITTI
EED	2	ENGAGEMENT
EED	3	PRESA IN CARICO
EED	4	EMPOWERMENT
IACR	1	INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO
IACR	2	INFORMAZIONE E COORDINAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA
IACR	3	PROCESSO EDUCATIVO
IACR	4	RICERCA
AC	1	PROCESSO DI TRASFERIMENTO
AC	2	CONTINUITA' DI CURE
AC	3	SERVIZI DI ANESTESIA
AC	4	SERVIZI DI CHIRURGIA
AC	5	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA
AC	6	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP
OCCA	1	POLITICHE E PROCESSI ORGANIZZATIVI - GESTIONALI
OCCA	2	RISORSE UMANE
OCCA	3	INEGRAZIONE E COORDINAMENTO DELLE CURE
OCCA	4	GESTIONE INFORMAZIONI
OCCA	5	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE
OCCA	6	ECO-COMPATIBILITA' AMBIENTALE
OCCA	7	RICERCA CLINICA
PGRC	1	PROCESSO DI IDENTIFICAZIONE
PGRC	2	PREVENZIONE DEI DANNI DA ERRORI DI TERAPIA FARMACOLOGICA
PGRC	3	GESTIONE IN SICUREZZA DELLE PROCEDURE INVASIVE MAGGIORI E DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI
PGRC	4	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI
PGRC	5	PREVENZIONE DELLE CADUTE
PGRC	6	PREVENZIONE DEL RISCHIO IN AREA MATERNO/INFANTILE
PGRC	7	GESTIONE DI PROCESSI AD ALTO RISCHIO
PGRC	8	GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI
PSCI	1	GOVERNANCE
PSCI	2	STEWARDSHIP
PSCI	3	SORVEGLIANZA
PSCI	4	FORMAZIONE
PSCI	5	PROTAGONISTI
PSCI	6	IMPLEMENTAZIONE
IM	1	IGIENE DELLE MANI
SCA	1	FARMACO: POLITICHE E PROCEDURE
SCA	2	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: POLITICHE E PROCEDURE
SCA	3	LABORATORIO ANALISI: POLITICHE E PROCEDURE
SCA	4	SCELTA E REVOCA: POLITICHE E PROCEDURE
SCA	5	VACCINAZIONI: POLITICHE EPROCEDURE
SAT	1	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA
SAT	2	ACCESSIBILITÀ FISICA
SAT	3	ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, SEMPLIFICAZIONE E TRASPARENZA
SAT	4	CURA DELLA RELAZIONE

AREA 1	ORDINE STD	Standard	Item
EED	1	DIRITTI	La direzione esplicita nella mission aziendale come intende garantire i diritti degli assistiti
EED	2	DIRITTI	L'organizzazione aziendale definisce i processi che garantiscono i diritti degli assistiti.
EED	3	DIRITTI	L'assistito è informato su i suoi diritti e sulle sue responsabilità quando accede ai servizi di assistenza e cura.
EED	4	DIRITTI	L'organizzazione ha attivato una procedura per informare gli assistiti sui loro diritti e responsabilità rispetto ai trattamenti.
EED	5	DIRITTI	Cura e assistenza rispettano i valori personali dell'assistito.
EED	6	DIRITTI	I servizi di assistenza e cura rispettano la privacy dell'assistito.
EED	7	DIRITTI	La struttura dispone di documenti approvati atti a tutelare privacy e riservatezza delle informazioni personali e di cura del paziente.
EED	8	DIRITTI	All'assistito viene richiesta l'autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili.
EED	1	ENGAGEMENT	La struttura dispone di documenti approvati che descrivono gli ambiti e le modalità di engagement di Pazienti/care giver/Associazioni di Pazienti
EED	2	ENGAGEMENT	In azienda è attivato un processo di Engagement del Paziente, care giver e associazioni di pazienti.
EED	1	PRESA IN CARICO	Sviluppo del modello assistenziale PIC con la definizione di percorsi formativi per lo sviluppo di competenze funzionali ai percorsi di cura della persona.
EED	2	PRESA IN CARICO	Pazienti e Care giver sono informati sulla presenza di Associazioni di riferimento sul proprio territorio.
EED	1	EMPOWERMENT	L'organizzazione aziendale ha attivato percorsi di assistenza e cura focalizzata sul paziente
EED	2	EMPOWERMENT	L'organizzazione aziendale coinvolge pazienti, care giver e associazioni nella stesura dei PDTA specifici
EED	3	EMPOWERMENT	Valutazione PDTA
EED	4	EMPOWERMENT	È attivato un processo attraverso il quale i Pazienti /Associazioni/Care giver sono coinvolti nell'HTA.

AREA 2	ORDINE STD	Standard	Item
IACR	1	INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO	La struttura rende pubbliche informazioni aggiornate tramite sito internet, carta dei servizi e/o altro materiale informativo.
IACR	2	INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO	La struttura dispone di documenti approvati che definiscono il processo di acquisizione del consenso informato e l'elenco delle procedure che lo richiedono.
IACR	3	INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO	Gli esiti delle verifiche periodiche dimostrano che il consenso informato viene ottenuto prima della procedura che lo ha richiesto e la modulistica è conservata in cartella clinica.
IACR	4	INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO	Le informazioni sono fornite con modalità e linguaggio comprensibili
IACR	5	INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO	L'organizzazione stabilisce una procedura per ottenere il consenso informato alle cure da una persona diversa dall'assistito
IACR	6	INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO	Gli esiti delle verifiche periodiche sull'acquisizione del consenso informato dimostrano che i pazienti sono stati informati in modo adeguato.
IACR	1	INFORMAZIONE E COORDINAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA	L'organizzazione sostiene la partecipazione degli assistiti all'assistenza e ai percorsi di cura
IACR	2	INFORMAZIONE E COORDINAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA	L'organizzazione ha attivato una procedura per informare gli assistiti su diagnosi - cura - assistenza
IACR	3	INFORMAZIONE E COORDINAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA	Gli assistiti e i familiari ricevono informazioni adeguate sulla malattia e sul trattamento proposto in modo che possano prendere decisioni relative alla cura.
IACR	4	INFORMAZIONE E COORDINAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA	L'organizzazione ha attivato una procedura per la donazione di organi e tessuti.
IACR	5	INFORMAZIONE E COORDINAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA	L'organizzazione aziendale fornisce agli assistiti informazioni chiare e trasparenti sulle procedure di reclamo e di ricorso.
IACR	6	INFORMAZIONE E COORDINAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA	L'organizzazione aziendale raccoglie regolarmente informazioni sull'esperienza di cura degli assistiti e le utilizza per apportare continui miglioramenti.
IACR	7	INFORMAZIONE E COORDINAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA	L'organizzazione aziendale informa gli assistiti e i familiari sulle cure e come accedere ai servizi di assistenza.
IACR	1	PROCESSO EDUCATIVO	L'organizzazione aziendale identifica le risorse educative, formative e informative che sostengono la promozione della salute, la prevenzione delle patologie, la gestione della malattia o della disabilità.
IACR	2	PROCESSO EDUCATIVO	L'organizzazione identifica le risorse educative, formative e informative per garantire la sicurezza delle cure nell'ambiente domestico.
IACR	3	PROCESSO EDUCATIVO	L'organizzazione identifica le risorse educative, formative e informative per prevenire e controllare le infezioni, gestire il dolore, gestire le emergenze
IACR	4	PROCESSO EDUCATIVO	L'organizzazione aziendale ha definito un processo educativo per gli assistiti e le famiglie.
IACR	5	PROCESSO EDUCATIVO	L'organizzazione aziendale ha attivato una procedura per l'addestramento di pazienti e familiari/caregiver.
IACR	6	PROCESSO EDUCATIVO	Gli obiettivi educazionali di pazienti e familiari/caregiver sono valutati e registrati in cartella clinica.
IACR	7	PROCESSO EDUCATIVO	Gli interventi educativi effettuati con pazienti e familiari/caregiver sono valutati e registrati in cartella clinica.
IACR	8	PROCESSO EDUCATIVO	Assistiti, familiari e caregiver sono formati secondo gli obiettivi educazionali individuati e coerentemente con quanto definito dalle procedure aziendali.
IACR	1	RICERCA	L'organizzazione informa gli assistiti e familiari sulla ricerca clinica.
IACR	2	RICERCA	Gli assistiti e familiari sono informati sulla riservatezza e protezione degli studi clinici.

AREA 3	ORDINE STD	Standard	Item
AC	1	PROCESSO DI TRASFERIMENTO	L'organizzazione aziendale ha definito un processo per trasferire in modo appropriato le persone assistite presso altra organizzazione
AC	2	PROCESSO DI TRASFERIMENTO	L'organizzazione aziendale fornisce tutte le informazioni necessarie per il trasferimento.
AC	3	PROCESSO DI TRASFERIMENTO	All'organizzazione aziendale ricevente viene fornita la documentazione sanitaria dell'assistito.
AC	4	PROCESSO DI TRASFERIMENTO	Durante i trasferimenti sono presenti operatori qualificati.
AC	5	PROCESSO DI TRASFERIMENTO	Il trasferimento è documentato nel fascicolo sanitario dell'assistito
AC	6	PROCESSO DI TRASFERIMENTO	La struttura dispone di documenti approvati che definiscono le modalità di trasferimento dei pazienti presso un'altra organizzazione.
AC	7	PROCESSO DI TRASFERIMENTO	La struttura ha definito accordi di collaborazione documentati con le organizzazioni presso le quali trasferisce i pazienti nei casi più frequenti.
AC	8	PROCESSO DI TRASFERIMENTO	Nella cartella clinica del paziente trasferito sono riportati il nome dell'organizzazione sanitaria di destinazione e il nome del soggetto con cui è stato concordato il trasferimento.
AC	9	PROCESSO DI TRASFERIMENTO	La documentazione sanitaria trasmessa descrive le motivazioni del trasferimento, della scelta della struttura ricevente e delle condizioni che lo hanno determinato.
AC	10	PROCESSO DI TRASFERIMENTO	Il processo di trasferimento per diagnostica e/o prestazioni in altre strutture è documentato in cartella clinica.
AC	11	PROCESSO DI TRASFERIMENTO	La struttura dispone di documenti approvati che normano il processo di monitoraggio del paziente durante il trasferimento.
AC	12	PROCESSO DI TRASFERIMENTO	La cartella clinica contiene i dati del trasferimento
AC	13	PROCESSO DI TRASFERIMENTO	L'organizzazione pianifica trasferimenti e dimissioni con un processo collaborativo.
AC	1	COORDINAMENTO PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA	L'organizzazione progetta e realizza processi per garantire continuità di cura e assistenza.
AC	2	COORDINAMENTO PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA	Il personale è qualificato per ricoprire ruoli di responsabilità nel coordinamento delle cure.
AC	3	COORDINAMENTO PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA	Le informazioni sulle cure e sull'assistenza sono condivise tra medici, infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione e altri professionisti della salute coinvolti nei percorsi di assistenza e cura dell'assistito.
AC	4	COORDINAMENTO PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA	La documentazione delle cure è fruibile per facilitare lo scambio di informazioni.
AC	5	COORDINAMENTO PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA	Il piano di cure è organizzato in base ai bisogni dell'assistito.
AC	6	COORDINAMENTO PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA	L'organizzazione aziendale organizza e coordina la rete dei servizi territoriali per garantire la continuità di cure, rendere efficienti i piani di cura ed efficace l'uso delle risorse migliorando gli esiti.
AC	7	COORDINAMENTO PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA	Le politiche e i regolamenti aziendali definiscono i servizi e i processi di integrazione e coordinamento delle cure e dell'assistenza per garantire uniformità degli interventi.
AC	8	COORDINAMENTO PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA	L'assistito è coinvolto nel processo di pianificazione. Il piano di cura è registrato nella documentazione sanitaria.
AC	9	COORDINAMENTO PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA	Le linee guida e i PDTA, quando disponibili, sono adottati dall'organizzazione per guidare le attività di cura e assistenza.
AC	10	COORDINAMENTO PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA	L'organizzazione aziendale programma i servizi di assistenza e cura a persone in condizioni diverse.
AC	11	COORDINAMENTO PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA	Le politiche e le procedure aziendali identificano e gestiscono situazioni particolari di rischio o rischio elevato.
AC	12	COORDINAMENTO PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA	La struttura dispone di documenti approvati che regolano il trasferimento interno del paziente.

AREA 3	ORDINE STD	Standard	Item
AC	13	COORDINAMENTO PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA	L'organizzazione assicura lo scambio di informazioni cliniche e assistenziali.
AC	1	CONTINUITA' DI CURE	L'organizzazione progetta e realizza processi per garantire continuità di cura e assistenza.
AC	2	CONTINUITA' DI CURE	L'organizzazione aziendale coordina i suoi servizi territoriali per garantire la continuità di cure.
AC	1	SERVIZI DI ANESTESIA	L'assistenza ai pazienti sottoposti a sedazione moderata e/o profonda è guidata da appositi documenti approvati.
AC	2	SERVIZI DI ANESTESIA	La cartella clinica comprende le informazioni relative alla sedazione moderata e/o profonda.
AC	3	SERVIZI DI ANESTESIA	Gli esiti delle verifiche periodiche dimostrano che il processo di gestione del farmaco è applicato dal personale come da procedure previste.
AC	4	SERVIZI DI ANESTESIA	Gli esiti delle verifiche periodiche dimostrano che il processo di gestione di farmaci specifici è applicato dal personale come da procedure previste.
AC	5	SERVIZI DI ANESTESIA	La cartella anestesologica di ogni paziente è completa.
AC	6	SERVIZI DI ANESTESIA	Il consenso informato all'anestesia presente nella cartella anestesologica è completo.
AC	7	SERVIZI DI ANESTESIA	La dimissione del paziente dalle aree post anestesia è regolata da documenti approvati.
AC	8	SERVIZI DI CHIRURGIA	Il trattamento chirurgico di ciascun paziente è pianificato e documentato in un piano chirurgico completo e conservato in cartella clinica.
AC	9	SERVIZI DI CHIRURGIA	Il verbale operatorio è completo e conservato in cartella clinica.
AC	10	SERVIZI DI CHIRURGIA	Gli esiti delle verifiche periodiche dimostrano che il verbale operatorio è disponibile prima che il paziente lasci l'area di risveglio postoperatorio.
AC	11	SERVIZI DI CHIRURGIA	Nella cartella clinica di ciascun paziente sottoposto ad intervento chirurgico sono presenti documenti relativi all'assistenza post operatoria.
AC	1	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	Processo di valutazione iniziale delle condizioni socio-sanitarie dell'assistito e dei bisogni assistenziali
AC	2	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	Informazioni per la presa in carico
AC	3	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	I servizi di assistenza e cura aiutano gli assistiti a raggiungere il loro massimo livello funzionale possibile.
AC	4	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	La privacy dell'assistito è sempre garantita, specialmente durante le procedure diagnostiche.
AC	5	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	Identificazione di categorie particolari di assistiti che necessitano specifici percorsi e modalità di cura e assistenza.
AC	6	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	L'organizzazione aziendale definisce i processi sulla base dei bisogni assistenziali e la modalità di coinvolgimento degli assistiti nelle per garantire l'aderenza ai percorsi di cura
AC	7	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	La struttura dispone di documenti approvati che definiscono le modalità di individuazione del rischio sociale e di gestione del paziente a rischio.
AC	8	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	La valutazione iniziale include la valutazione del rischio sociale.
AC	9	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	Nella cartella clinica del paziente per cui la dimissione è critica, vi è evidenza del coinvolgimento precoce dei professionisti sanitari e/o sociali e dei familiari/caregiver nella pianificazione della dimissione.
AC	10	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	La valutazione iniziale comprende: l'anamnesi, l'esame obiettivo, valutazione dei rischi e la valutazione dei bisogni socio-assistenziali.

AREA 3	ORDINE STD	Standard	Item
AC	11	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	In caso di trattamenti riabilitativi, la valutazione iniziale è completata con la stesura del Progetto Riabilitativo Individuale.
AC	12	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	L'azienda dispone di un Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.) conforme alla normativa vigente che viene verificato nei contenuti con scadenza almeno biennale.
AC	13	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	Il Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) è personalizzato
AC	14	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	E' identificato il responsabile del Progetto Riabilitativo Individuale.
AC	15	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	L'organizzazione dispone di svariati programmi riabilitativi individuali (p.r.i.) per personalizzarli
AC	16	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	L'organizzazione dispone di una documentazione riabilitativa che comprende la valutazione della disabilità attraverso l'applicazione di specifiche scale. INTEGRA CON DOC RIAB
AC	17	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	Durante il ricovero, il paziente viene rivalutato almeno tutti i giorni e gli esiti delle rivalutazioni sono documentati in cartella clinica.
AC	18	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	Tutti gli interventi riabilitativi sono correttamente registrati in cartella clinica.
AC	19	VALUTAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA	L'organizzazione aziendale ha un processo per valutare che i bisogni dell'assistito possano essere soddisfatti.
AC	1	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP	Al momento del ricovero, l'organizzazione fornisce informazioni su: assistenza, cura e servizi.
AC	2	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP	L'organizzazione è impegnata a ridurre le barriere fisiche, linguistiche, culturali e di altro tipo per migliorare l'accesso ai servizi.
AC	3	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP	L'organizzazione progetta e realizza processi per garantire continuità di cura e assistenza.
AC	4	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP	Il personale è qualificato per ricoprire ruoli di responsabilità nel coordinamento delle cure.
AC	5	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP	Le informazioni sulle cure e sull'assistenza sono condivise tra medici, infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione e altri professionisti della salute coinvolti nei percorsi dell'assistito.
AC	6	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP	La documentazione delle cure è fruibile per facilitare lo scambio di informazioni.
AC	7	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP	I referenti delle cure sono individuati in base alle esigenze e dell'assistito.
AC	8	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP	L'organizzazione aziendale organizza la rete dei servizi e le modalità di accesso; coordina le attività per garantire la continuità di cure.
AC	9	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP	C'è un processo per gestire e dimissioni.
AC	10	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP	Gli assistiti e, a seconda dei casi, le loro famiglie ricevono informazioni ed istruzioni alla dimissione.
AC	11	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP	Documentazione della dimissione.
AC	12	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP	La struttura dispone di documenti approvati che definiscono il processo di valutazione e gestione del dolore.
AC	13	ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP	Il paziente con dolore viene gestito in conformità alle linee guida e alle procedure identificate.

AREA 4	ORDINE STD	Standard	Item
OCCA	1	POLITICHE E PROCESSI ORGANIZZATIVI - GESTIONALI	L'organizzazione aziendale predispone un sistema documentato di regole e procedure organizzative, pianifica i servizi per rispondere alle esigenze della popolazione, presenta in un organigramma e in un funzionigramma ruoli e funzioni della rete dei servizi.
OCCA	2	POLITICHE E PROCESSI ORGANIZZATIVI - GESTIONALI	L'organizzazione aziendale promuove la gestione della qualità e il miglioramento continuo.
OCCA	3	POLITICHE E PROCESSI ORGANIZZATIVI - GESTIONALI	L'organizzazione aziendale predispone i piani organizzativi in coerenza con la mission aziendale.
OCCA	4	POLITICHE E PROCESSI ORGANIZZATIVI - GESTIONALI	I direttori monitorano l'andamento delle attività di cui sono responsabili.
OCCA	5	POLITICHE E PROCESSI ORGANIZZATIVI - GESTIONALI	L'organizzazione supporta la gestione dei servizi di assistenza e cura, la formazione degli operatori e la ricerca con indicazioni provenienti da fonti scientifiche.
OCCA	1	RISORSE UMANE	Gli esiti delle verifiche periodiche evidenziano che tutte le funzioni dirigenziali descritte nel Piano Strategico Aziendale o POAS (funzionigramma) sono graduate, secondo criteri definiti.
OCCA	2	RISORSE UMANE	La struttura dispone di "Job Description" per tutte le figure professionali, aggiornate secondo la politica aziendale (Piano Strategico Aziendale o POAS).
OCCA	3	RISORSE UMANE	Gli esiti delle verifiche periodiche evidenziano che sono attribuite specifiche autorizzazioni (privileges) per lo svolgimento delle attività sanitarie.
OCCA	4	RISORSE UMANE	La struttura dispone di fascicoli del personale, aggiornati secondo le politiche aziendali, per chiunque operi a qualsiasi titolo nell'organizzazione.
OCCA	5	RISORSE UMANE	Gli esiti delle verifiche periodiche evidenziano che la gestione del personale neoassunto avviene in conformità alle politiche aziendali.
OCCA	6	RISORSE UMANE	Gli esiti delle verifiche periodiche evidenziano che il personale dirigente del ruolo sanitario della struttura (ovvero, personale coinvolto nei processi assistenziali), viene rivalutato come da procedure aziendali.
OCCA	7	RISORSE UMANE	Gli esiti delle verifiche periodiche evidenziano che il personale dirigente dell'area tecnico-amministrativa viene rivalutato come da procedure aziendali.
OCCA	8	RISORSE UMANE	Gli esiti delle verifiche periodiche evidenziano che la struttura esegue i controlli di titoli professionali e dell'abilitazione all'esercizio della professione sanitaria per tutto il personale (dipendente e non).
OCCA	9	RISORSE UMANE	Gli esiti delle verifiche periodiche evidenziano che il percorso formativo di tutto il personale aziendale viene predisposto secondo specifici criteri, nel rispetto della normativa vigente (ECM/CPD).
OCCA	10	RISORSE UMANE	Gli esiti delle verifiche periodiche evidenziano che la struttura monitora la partecipazione ai corsi formativi (negli ambiti normati dalla legislazione vigente) rispetto a quanto stabilito dall'organizzazione.
OCCA	11	RISORSE UMANE	Gli esiti delle verifiche periodiche evidenziano che l'organizzazione monitora le relazioni sociali in azienda
OCCA	1	INEGRAZIONE E COORDINAMENTO DELLE CURE	L'organizzazione aziendale monitora la qualità dei servizi sanitari e sociali per raggiungere gli obiettivi di salute e soddisfare i bisogni degli assistiti.
OCCA	2	INEGRAZIONE E COORDINAMENTO DELLE CURE	Barriere fisiche, linguistiche, culturali e di altro tipo per l'accesso ai servizi.
OCCA	3	INEGRAZIONE E COORDINAMENTO DELLE CURE	L'organizzazione progetta e realizza processi per garantire continuità di cura e assistenza.
OCCA	4	INEGRAZIONE E COORDINAMENTO DELLE CURE	L'azienda dispone di un Documento che regola l'accesso alle prestazioni di diagnosi e cura
OCCA	5	INEGRAZIONE E COORDINAMENTO DELLE CURE	La struttura dispone di documenti approvati che regolano l'accesso al ricovero in urgenza.
OCCA	6	INEGRAZIONE E COORDINAMENTO DELLE CURE	L'azienda dispone di un Documento che regola i ricoveri in caso di indisponibilità di posti letto
OCCA	7	INEGRAZIONE E COORDINAMENTO DELLE CURE	L'azienda dispone di un Documento che definisce i criteri di accesso e dimissione dalle unità di terapia intensiva e sub-intensiva.
OCCA	8	INEGRAZIONE E COORDINAMENTO DELLE CURE	L'azienda dispone di procedure che definiscono i criteri di accesso e dimissione dalle unità di terapia intensiva e sub-intensiva
OCCA	9	INEGRAZIONE E COORDINAMENTO DELLE CURE	L'organizzazione aziendale provvede alla gestione dei reclami ed delle segnalazioni degli assistiti.
OCCA	1	GESTIONE INFORMAZIONI	L'organizzazione aziendale definisce un piano per soddisfare le esigenze di informazione dei professionisti e di coloro che esternamente all'organizzazione richiedono dati e informazioni dall'organizzazione. Il piano è appropriato per dimensioni e complessità dell'organizzazione e dei servizi.
OCCA	2	GESTIONE INFORMAZIONI	L'organizzazione aziendale definisce i livelli di sicurezza, i tempi di conservazione di record, dati, informazioni e le risorse necessarie
OCCA	3	GESTIONE INFORMAZIONI	L'organizzazione aziendale definisce gli standard e le procedure per soddisfare le esigenze informative degli utenti interni ed esterni
OCCA	4	GESTIONE INFORMAZIONI	L'organizzazione aziendale nell'ambito delle sue attività di miglioramento delle prestazioni, valuta regolarmente contenuto e completezza delle registrazioni e delle rendicontazioni.
OCCA	5	GESTIONE INFORMAZIONI	La struttura rende pubbliche informazioni aggiornate tramite sito internet, carta dei servizi e/o altro materiale informativo.
OCCA	1	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	L'organizzazione pianifica e implementa un programma per garantire la sicurezza agli assistiti, visitatori e personale all'interno dell'ambiente di assistenza e cura..

AREA 4	ORDINE STD	Standard	Item
OCCA	2	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	L'organizzazione aziendale sviluppa un piano proattivo per ridurre i rischi ambientali
OCCA	3	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	L'organizzazione tutela i beni personali degli assistiti
OCCA	4	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	L'organizzazione offre un ambiente che contribuisce al benessere dell'individuo.
OCCA	5	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	L'organizzazione garantisce la sicurezza agli assistiti, controlla gli ambienti di cura.
OCCA	6	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	Gli individui ricevono una protezione adeguata.
OCCA	7	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	Progettazione ergonomica degli spazi
OCCA	8	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	Sono identificati sistemi di controllo per la sicurezza degli assistiti in ambiti di ricovero, residenzialità e a domicilio
OCCA	9	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	L'interazione comunicativa dello staff con gli assistiti è positiva e di supporto sia in termini verbali che non verbali.
OCCA	10	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	L'organizzazione garantisce la presenza dei familiari, visitatori e altri soggetti che supportano l'assistito.
OCCA	11	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	L'organizzazione garantisce la comunicazione delle persone assistite con l'esterno
OCCA	12	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	L'organizzazione soddisfa le esigenze spirituali degli assistiti
OCCA	13	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	L'organizzazione garantisce i servizi di trasporto.
OCCA	14	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	Gli assistiti, le loro famiglie e care giver sono coinvolti nel processo di cura e nella presa di decisioni in merito.
OCCA	15	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	L'organizzazione promuove incontri tra gli assistiti in gruppi organizzati
OCCA	16	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	L'ospedale dispone di una procedura sulla gestione delle emergenze/urgenze cliniche per pazienti, visitatori e personale.
OCCA	17	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	Gli esiti delle verifiche periodiche su dispositivi, farmaci e presidi per la gestione delle emergenze/urgenze cliniche evidenziano che le procedure previste sono applicate dal personale.
OCCA	18	QUALITA' E SICUREZZA AMBIENTALE	Gli esiti delle verifiche periodiche dimostrano che il personale sanitario è a conoscenza delle procedure per la gestione delle emergenze/urgenze cliniche.
OCCA	1	ECO-COMPATIBILITA' AMBIENTALE	Smaltimento Rifiuti Sanitari: I rifiuti sanitari devono essere gestiti in modo da diminuirne la pericolosità, da favorirne il reimpiego, il riciclaggio e il recupero e da ottimizzarne la raccolta, il trasporto e lo smaltimento.
OCCA	1	RICERCA CLINICA	L'organizzazione supervisiona i processi interni per la gestione delle attività di ricerca clinica.
OCCA	2	RICERCA CLINICA	Il consenso informato per la ricerca clinica

AREA 5	ORDINE S	Standard	Item
PGRC	1	PROCESSO DI IDENTIFICAZIONE	L'azienda dispone di un documento del processo di identificazione del paziente.
PGRC	2	PROCESSO DI IDENTIFICAZIONE	Il processo di identificazione del paziente è applicato correttamente dal personale.
PGRC	1	PREVENZIONE DEI DANNI DA ERRORI DI TERAPIA FARMACOLOGICA	L'azienda dispone di un documento che descrive le indicazioni necessarie ad effettuare la riconciliazione farmacologica
PGRC	2	PREVENZIONE DEI DANNI DA ERRORI DI TERAPIA FARMACOLOGICA	L'azienda dispone di documenti per la gestione della terapia farmacologica, degli elettroliti concentrati e dei farmaci LASA coerente con la Raccomandazioni Ministeriali specifiche.
PGRC	3	PREVENZIONE DEI DANNI DA ERRORI DI TERAPIA FARMACOLOGICA	Il processo di gestione dei farmaci ad alto rischio (elettroliti concentrati, farmaci LASA) è applicato correttamente dal personale.
PGRC	4	PREVENZIONE DEI DANNI DA ERRORI DI TERAPIA FARMACOLOGICA	Il processo di ricognizione è applicato correttamente
PGRC	1	GESTIONE IN SICUREZZA DELLE PROCEDURE INVASIVE MAGGIORI E DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI	L'azienda dispone di un Documento che definisce la gestione in sicurezza degli interventi chirurgici e delle procedure invasive.
PGRC	2	GESTIONE IN SICUREZZA DELLE PROCEDURE INVASIVE MAGGIORI E DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI	L'azienda dispone di un documento che definisce la gestione in sicurezza degli interventi chirurgici e delle procedure invasive ai fini della conta dello strumentario adoperato durante un intervento chirurgico o procedura invasiva.
PGRC	3	GESTIONE IN SICUREZZA DELLE PROCEDURE INVASIVE MAGGIORI E DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI	Verifica della funzionalità di tutte le apparecchiature e i dispositivi necessari.
PGRC	4	GESTIONE IN SICUREZZA DELLE PROCEDURE INVASIVE MAGGIORI E DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI	Il processo di gestione in sicurezza degli interventi chirurgici e delle procedure invasive è applicato correttamente dal personale.
PGRC	1	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI	Prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali
PGRC	2	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI	L'azienda predispone una reportistica delle azioni di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali, individuate dal Piano di prevenzione.
PGRC	3	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI	Gli esiti delle verifiche periodiche evidenziano che la struttura monitora la corretta applicazione delle attività previste dai bundle, come da indicazioni ministeriali.
PGRC	4	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI	L'organizzazione implementa il programma regionale per ridurre i rischi di infezioni
PGRC	5	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI	L'organizzazione implimenta strategie per ridurre il rischio infettivo nei processi e procedure associati al rischio infettivo
PGRC	6	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI	L'organizzazione monitora il lavaggio mani.
PGRC	7	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI	L'organizzazione identifica un organismo di coordinamento per la gestione di ICA e AMR
PGRC	8	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI	L'organizzazione identifica un organismo di coordinamento delle procedure e i processi associati al rischio di infezione.
PGRC	9	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI	L'organizzazione fornisce la formazione e le istruzioni sulle pratiche di controllo delle infezioni al personale
PGRC	1	PREVENZIONE DELLE CADUTE	L'azienda dispone di un Documento che definisce le azioni per la prevenzione delle cadute
PGRC	2	PREVENZIONE DELLE CADUTE	L'azienda predispone di un documento sui danni da evento caduta.
PGRC	1	PREVENZIONE DEL RISCHIO IN AREA MATERNO/INFANTILE	La struttura dispone di documenti approvati per la prevenzione di morte materna e di morte o disabilità permanente di neonato.
PGRC	2	PREVENZIONE DEL RISCHIO IN AREA MATERNO/INFANTILE	La struttura ha identificato le azioni finalizzate alla prevenzione del rischio sepsi in area materno/infantile.

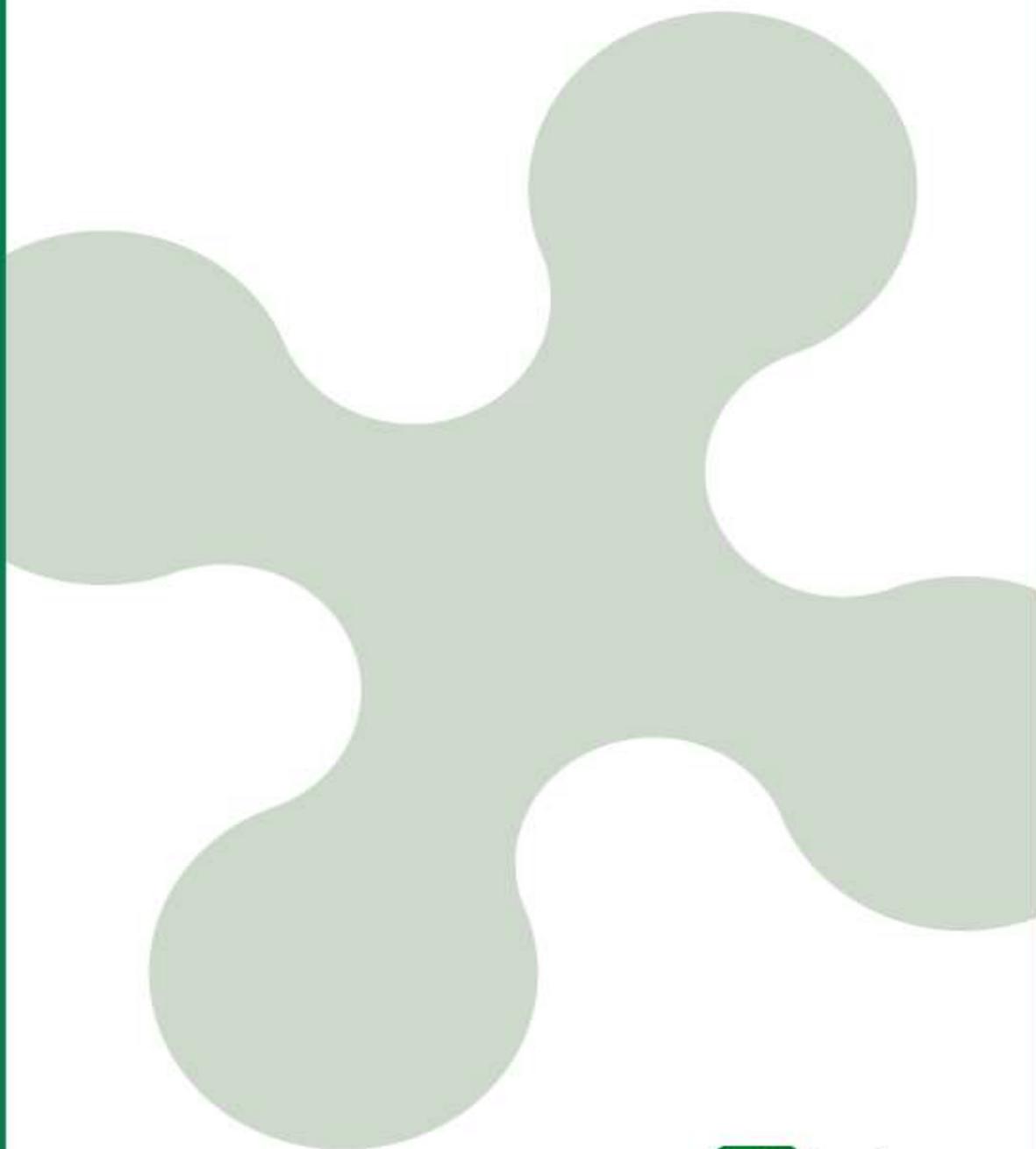
AREA 5	ORDINE S	Standard	Item
PGRC	3	PREVENZIONE DEL RISCHIO IN AREA MATERNO/INFANTILE	Gli esiti delle verifiche periodiche dimostrano che le azioni atte a prevenire il rischio di morte e sepsi in area materno/infantile siano applicate correttamente dal personale.
PGRC	1	GESTIONE DI PROCESSI AD ALTO RISCHIO	La struttura dispone di documenti approvati per la gestione del suicidio di paziente in ospedale, redatta da un team multidisciplinare.
PGRC	2	GESTIONE DI PROCESSI AD ALTO RISCHIO	L'azienda dispone di un Documento che definisce le azioni per l'uso di sangue, emocomponenti ed emoderivati
PGRC	3	GESTIONE DI PROCESSI AD ALTO RISCHIO	Le procedure per la somministrazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati esono implementate dal personale e monitorate dalla Direzione Sanitaria
PGRC	4	GESTIONE DI PROCESSI AD ALTO RISCHIO	La struttura dispone di documenti approvati per la corretta attività di triage.
PGRC	5	GESTIONE DI PROCESSI AD ALTO RISCHIO	Gli esiti delle verifiche periodiche sulla correttezza delle codifiche di triage dei pazienti con bisogni urgenti che accedono al DEA/EAS/Pronto Soccorso/PPI dimostrano che il processo è applicato correttamente dal
PGRC	1	GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI	L'azienda predisporre un documento che definisce gli eventi sentinella, near miss ed eventi avversi.
PGRC	2	GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI	L'azienda predisporre una reportistica per tutti gli eventi sentinella con le relative misure correttive
PGRC	3	GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI	L'azienda predisporre una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi.
PGRC	4	GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI	La struttura dispone di un programma permanente di gestione del rischio clinico.
PGRC	5	GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI	La struttura dispone di un Piano annuale di Risk Management, redatto secondo Linee di indirizzo regionali.
PGRC	6	GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI	La struttura dispone di un report che evidenzi che sono applicati strumenti di analisi proattiva del rischio clinico.
PGRC	7	GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI	La struttura dispone di documenti approvati che normino il processo di valutazione dei sinistri.

AREA 6	ORDINE STD	Standard	Item
SAT	1	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA	Presenza di supporto psicologico per gli ospiti - familiari e care giver
SAT	2	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA	Supporto psicologico per gli operatori sanitari
SAT	3	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA	Regole e processi organizzativi
SAT	4	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA	Gestione del dolore e cure palliative
SAT	5	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA	Personalizzazione e libera scelta
SAT	6	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA	Rispetto della dignità
SAT	7	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA	Rispetto della riservatezza, dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili
SAT	8	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA	Accoglienza e gestione delle cure
SAT	9	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA	Continuità del percorso assistenziale nella rete dei servizi
SAT	10	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA	Documentazione sanitaria e assistenziale
SAT	1	ACCESSIBILITÀ FISICA	La struttura dispone di documenti per approvati per ridurre le barriere linguistiche e culturali .
SAT	2	ACCESSIBILITÀ FISICA	Nella struttura sono presenti percorsi e accorgimenti che eliminano le barriere architettoniche e sensoriali
SAT	3	ACCESSIBILITÀ FISICA	Accessibilità e percorsi protetti
SAT	4	ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, SEMPLIFICAZIONE E TRASPARENZA	Accesso alla documentazione sanitaria e alla conoscenza della situazione assistenziale della persona
SAT	5	ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, SEMPLIFICAZIONE E TRASPARENZA	Accessibilità del sito web rispetto alle norme sulla trasparenza
SAT	6	CURA DELLA RELAZIONE	Relazione tra i professionisti, gli ospiti, i familiari
SAT	7	CURA DELLA RELAZIONE	Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il residente, i familiari, i caregiver

AREA 7	ORDINE STD	Standard	Item
SCA	1	FARMACO: POLITICHE E PROCEDURE	La struttura dispone di documenti approvati che regolano la prescrizione e la trascrizione sicure dei farmaci.
SCA	2	FARMACO: POLITICHE E PROCEDURE	La struttura dispone di documenti approvati che definiscano le modalità di gestione di farmaci specifici.
SCA	3	FARMACO: POLITICHE E PROCEDURE	Le informazioni relative alla somministrazione di terapia farmacologica sono registrate nel Foglio Unico di Terapia, presente in cartella clinica o inserito al momento della dimissione o trasferimento.
SCA	4	FARMACO: POLITICHE E PROCEDURE	Gli esiti delle verifiche periodiche dimostrano che il processo di gestione del farmaco è applicato dal personale come da procedure previste.
SCA	1	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: POLITICHE E PROCEDURE	I servizi di radiologia sono organizzati per garantire: tempi utili al processo di cura, priorità nel soddisfare le esigenze dei servizi, il soddisfacimento degli standard.
SCA	2	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: POLITICHE E PROCEDURE	I risultati di radiologia sono disponibili in modo tempestivo come definito dall'organizzazione.
SCA	3	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: POLITICHE E PROCEDURE	L'organizzazione ha accesso a esperti in aree diagnostiche specializzate quando necessario.
SCA	4	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: POLITICHE E PROCEDURE	Esistono istruzioni, messe a disposizione dei prescrittori e dei pazienti, atte garantire la corretta esecuzione della prestazione diagnostica.
SCA	5	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: POLITICHE E PROCEDURE	Tutte le istruzioni sono fornite al paziente in modo da garantire il superamento di barriere linguistiche.
SCA	6	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: POLITICHE E PROCEDURE	Gli esiti delle verifiche periodiche dimostrano che la corretta applicazione delle istruzioni è verificata prima dell'esecuzione delle indagini.
SCA	7	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: POLITICHE E PROCEDURE	La struttura dispone di documenti approvati riguardo l'esecuzione delle prestazioni.
SCA	8	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: POLITICHE E PROCEDURE	Garanzia della rintracciabilità degli operatori intervenuti nelle diverse fasi delle prestazioni diagnostiche.
SCA	9	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: POLITICHE E PROCEDURE	Le prescrizioni di esami diagnostici sono complete.
SCA	1	LABORATORIO ANALISI: POLITICHE E PROCEDURE	I servizi di laboratorio analisi e patologia clinica soddisfano la domanda e gli standard di qualità
SCA	2	LABORATORIO ANALISI: POLITICHE E PROCEDURE	I controlli di qualità sono effettuati, seguiti e documentati per ogni prestazione.
SCA	3	LABORATORIO ANALISI: POLITICHE E PROCEDURE	L'organizzazione aziendale esamina regolarmente i risultati del controllo di qualità.
SCA	4	LABORATORIO ANALISI: POLITICHE E PROCEDURE	E' disponibile un elenco delle analisi eseguite dal laboratorio e dai suoi laboratori di riferimento.
SCA	5	LABORATORIO ANALISI: POLITICHE E PROCEDURE	Sono presenti, e messi a disposizione degli operatori, documenti approvati che descrivono le fasi del prelievo per le diverse tipologie di analisi effettuate sui campioni inviati in laboratorio.
SCA	6	LABORATORIO ANALISI: POLITICHE E PROCEDURE	Gli esiti delle verifiche periodiche dimostrano che le istruzioni sono applicate da tutti i soggetti che effettuano prelievi di campioni.
SCA	7	LABORATORIO ANALISI: POLITICHE E PROCEDURE	Tutte le istruzioni vengono fornite al paziente in modo da garantire il superamento di barriere linguistiche.
SCA	8	LABORATORIO ANALISI: POLITICHE E PROCEDURE	Gli esiti delle verifiche periodiche dimostrano che il personale applica correttamente il processo di abbinamento campione/paziente.
SCA	1	SCelta E REVOCA: POLITICHE E PROCEDURE	Le politiche aziendali guidano il processo per uniformare le procedure di scelta e revoca MMG/PLS
SCA	2	SCelta E REVOCA: POLITICHE E PROCEDURE	L'organizzazione aziendale integra e coordina l'attività

SCA	1	VACCINAZIONI: POLITICHE EPROCEDURE	Le politiche e le procedure Aziendali guidano il processo uniforme di assistenza per tutti gli assistiti.
SCA	2	VACCINAZIONI: POLITICHE EPROCEDURE	Le linee guida/protocolli della prassi vaccinale sono utilizzate per guidare la prassi vaccinale
SCA	3	VACCINAZIONI: POLITICHE EPROCEDURE	Le prestazioni fornite a ciascun assistito sono pianificate e annotate sul certificato vaccinale
SCA	4	VACCINAZIONI: POLITICHE EPROCEDURE	I professionisti autorizzati a fare le vaccinazioni annotano le prestazioni sul certificato/cartella dell'assistito
SCA	5	VACCINAZIONI: POLITICHE EPROCEDURE	Politiche e procedure guidano la vaccinazione in assistiti a rischio
SCA	6	VACCINAZIONI: POLITICHE EPROCEDURE	Il consenso informato è ottenuto attraverso un processo definito dall'azienda.
SCA	7	VACCINAZIONI: POLITICHE EPROCEDURE	La gestione dei vaccini nei centri vaccinali è pianificata allo scopo di far fronte alle esigenze degli assistiti
SCA	8	VACCINAZIONI: POLITICHE EPROCEDURE	I farmaci/presidi in dotazione per le urgenze sono disponibili, controllati e tenuti in un luogo segnalato e custodito
SCA	9	VACCINAZIONI: POLITICHE EPROCEDURE	L'approvvigionamento, la conservazione e la distribuzione dei vaccini sono guidate da politiche e procedure
SCA	10	VACCINAZIONI: POLITICHE EPROCEDURE	La somministrazione dei vaccini è guidata da procedure aziendali.

SUB ALL. A e B



QUESTIONARIO LAVAGGIO MANI

Area	ORDINE STD	Standard	Item
IM	1	IGIENE DELLE MANI	Nella struttura è facilmente disponibile un prodotto a base alcolica per la frizione delle mani?
IM	2	IGIENE DELLE MANI	In ogni lavandino è disponibile il sapone?
IM	3	IGIENE DELLE MANI	In ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?
IM	4	IGIENE DELLE MANI	E' previsto un budget dedicato al costante approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani?
IM	5	IGIENE DELLE MANI	Nella struttura con quale frequenza gli operatori sanitari ricevono formazione sull'igiene delle mani?
IM	6	IGIENE DELLE MANI	Esiste un percorso per garantire che tutti gli operatori sanitari completino questa formazione?
IM	7	IGIENE DELLE MANI	Le seguenti risorse educative (disponibili su www.who.int/gpsc/5may/tools), o materiali prodotti localmente con contenuti simili, sono facilmente accessibili a tutti gli operatori sanitari? “Linee Guida OMS sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria: una sintesi” “Manuale OMS per gli osservatori” “Brochure OMS sull'igiene delle mani: Quando, Come e Perché” “Scheda informativa OMS sull'utilizzo dei guanti”
IM	8	IGIENE DELLE MANI	Nell'azienda è presente un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi educativi sull'igiene delle mani?
IM	9	IGIENE DELLE MANI	L'azienda ha definito un programma per la formazione del personale addetto all'osservazione?
IM	10	IGIENE DELLE MANI	Esiste un budget dedicato che consente la formazione sull'igiene delle mani?
IM	11	IGIENE DELLE MANI	Vengono condotti regolarmente audit (almeno una volta l'anno) per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (prodotti a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)?
IM	12	IGIENE DELLE MANI	Sono valutate almeno annualmente le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti di seguito indicati? - indicazioni per l'igiene delle mani - corretta tecnica di igiene delle mani
IM	13	IGIENE DELLE MANI	Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani - consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)? - consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)? - consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è almeno pari a 20 Litri per 1000 giorni-paziente
IM	31	IGIENE DELLE MANI	Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani - Completa questa sezione solo se gli osservatori della tua struttura hanno ricevuto una formazione certificata e hanno utilizzato la metodologia dell'OMS “I 5 Momenti per l'igiene delle mani” o metodologia simile. - Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani

Area	ORDINE STD	Standard	Item
SPINCAR	1	GOVERNANCE	L'Azienda ha deliberato il recepimento del programma regionale di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza, identificando ruoli e responsabilità in tutti gli ambiti e servizi aziendali.
SPINCAR	2	GOVERNANCE	L'Azienda ha formalizzato gli impegni di risorse umane e finanziarie dedicate al programma di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza
SPINCAR	3	GOVERNANCE	Il programma di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza aziendale è inserito negli obiettivi di budget.
SPINCAR	4	GOVERNANCE	L'azienda ha formalmente istituito un comitato infezioni ospedaliere (CIO) secondo la circolare ministeriale 52/1985
SPINCAR	5	GOVERNANCE	Il CIO annualmente formalizza un programma di Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle ICA, in un apposito documento aziendale, sulla base delle risorse disponibili e delle responsabilità
SPINCAR	6	GOVERNANCE	L'Azienda monitora annualmente il raggiungimento degli obiettivi del programma di Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle ICA
SPINCAR	7	GOVERNANCE	L'Azienda definisce ogni anno le azioni del programma di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza
SPINCAR	8	GOVERNANCE	Le azioni sono coerenti con il Piano Nazionale (es. PNCAR) e Regionale sul buon uso degli antimicrobici e il contrasto alle resistenze batteriche
SPINCAR	9	GOVERNANCE	L'Azienda definisce annualmente le azioni del programma di Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle ICA
SPINCAR	10	GOVERNANCE	L'Azienda monitora annualmente l'adozione delle azioni del programma di Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle ICA
SPINCAR	11	GOVERNANCE	L'Azienda coinvolge attivamente nel programma di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza professionisti operanti anche nel settore zootecnico e veterinario
SPINCAR	12	GOVERNANCE	Nel programma aziendale di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza sono previste specifiche attività relative all'ambito animale coerenti con gli obiettivi identificati
SPINCAR	13	GOVERNANCE	L'Azienda ha partecipato, negli ultimi 2 anni, ad uno o più programmi strutturati di confronto
SPINCAR	1	STEWARDSHIP	L'Azienda ha formalmente adottato una lista di microrganismi ALERT che include anche microrganismi MDR
SPINCAR	2	STEWARDSHIP	L'Azienda ha una procedura per la segnalazione dei microrganismi ALERT/MDR da parte del Servizio di Microbiologia alle diverse Unità Operative/Strutture
SPINCAR	3	STEWARDSHIP	L'Azienda ha adottato un sistema di monitoraggio continuo della prevalenza delle infezioni da microrganismi ALERT/MDR
SPINCAR	4	STEWARDSHIP	L'Azienda ha recepito e adottato formalmente Raccomandazioni sulla gestione di alcune tra le più frequenti patologie infettive
SPINCAR	5	STEWARDSHIP	L'Azienda ha adottato "politiche" per favorire un uso più appropriato della prescrizione di alcuni antimicrobici (in termini qualitativi e quantitativi)
SPINCAR	6	STEWARDSHIP	L'Azienda dispone di una procedura l'igiene delle mani in conformità alle Linee Guida dell'OMS
SPINCAR	7	STEWARDSHIP	L'Azienda partecipa a programmi di monitoraggio e implementazione dell'adesione alla procedura a livello regionale, nazionale o internazionale
SPINCAR	8	STEWARDSHIP	L'Azienda dispone di una procedura per l'adozione delle precauzioni standard nei confronti della trasmissione delle malattie infettive
SPINCAR	9	STEWARDSHIP	L'Azienda ha una procedura per l'adozione delle precauzioni per la prevenzione delle infezioni trasmissibili per contatto, via aerea e <i>droplet</i>

Area	ORDINE STD	Standard	Item
SPINCAR	10	STEWARDSHIP	L'Azienda dispone di una procedura per la prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico
SPINCAR	11	STEWARDSHIP	L'Azienda dispone di una procedura per la prevenzione delle batteriemie correlate a Catetere-Venoso-Centrale
SPINCAR	12	STEWARDSHIP	L'Azienda dispone di una procedura per la prevenzione delle Polmoniti correlate all'assistenza (non solo quelle associate a ventilazione meccanica)
SPINCAR	13	STEWARDSHIP	L'Azienda dispone di una procedura per la prevenzione delle Infezioni associate a Catetere Urinario
SPINCAR	14	STEWARDSHIP	L'Azienda dispone di una procedura per la disinfezione e sterilizzazione
SPINCAR	15	STEWARDSHIP	L'Azienda dispone di una procedura per la protezione dal rischio infettivo e sicurezza degli operatori
SPINCAR	16	STEWARDSHIP	L'Azienda dispone di una procedura per la somministrazione parenterale in sicurezza
SPINCAR	17	STEWARDSHIP	L'Azienda dispone di una procedura per la gestione dei rifiuti a rischio infettivo
SPINCAR	18	STEWARDSHIP	Le procedure adottate dall'Azienda sono realizzate in conformità alle Raccomandazioni/Linee Guida nazionali o internazionali disponibili sullo specifico argomento
SPINCAR	19	STEWARDSHIP	L'Azienda dispone di una procedura per la gestione del paziente colonizzato/infetto da microrganismi Multi-Drug Resistant (MDR)
SPINCAR	20	STEWARDSHIP	La procedura è diffusa a tutte le UO/strutture e resa accessibile a tutto il personale sanitario con almeno una delle seguenti modalità (invio di materiale cartaceo alle singole UO, sito-web aziendale,...)
SPINCAR	21	STEWARDSHIP	L'Azienda ha una procedura per la gestione degli outbreak da microrganismi ALERT/MDR
SPINCAR	22	STEWARDSHIP	La procedura è diffusa a tutte le UO/strutture e resa accessibile a tutto il personale sanitario con almeno una delle seguenti modalità (invio di materiale cartaceo alle singole UO, sito-web aziendale,...)
SPINCAR	23	STEWARDSHIP	L'Azienda ha adottato formalmente (presenza di protocollo, procedura, etc.) delle Raccomandazioni sulla Profilassi Antimicrobica peri-operatoria in Chirurgia
SPINCAR	24	STEWARDSHIP	Le Raccomandazioni sono diffuse a tutte le UO/strutture territoriali e resa accessibile a tutto il personale sanitario con almeno una delle seguenti modalità (invio di materiale cartaceo alle singole UO, sito-web aziendale, ...)
SPINCAR	25	STEWARDSHIP	L'Azienda organizza, con cadenza annuale, almeno una simulazione di gestione di un evento infettivo epidemico coinvolgente il personale del Servizio di 118, Pronto Soccorso/Medicina d'Urgenza
SPINCAR	26	STEWARDSHIP	L'Azienda organizza, con cadenza annuale, almeno una simulazione di gestione di un evento infettivo epidemico coinvolgente il personale anche di altre Unità Operative (es. Medicina,...)
SPINCAR	27	STEWARDSHIP	L'Azienda ha adottato strategie multimodali per l'implementazione del Programma di Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle ICA
SPINCAR	28	STEWARDSHIP	Le Strategie adottate prevedono interventi/attività relative ad uno o più dei seguenti ambiti: - Cambiamenti organizzativi e/o di sistema
SPINCAR	29	STEWARDSHIP	La pianificazione delle strategie multimodali da adottare ha previsto il coinvolgimento anche dei professionisti operanti negli ambiti del Miglioramento della Qualità e del Rischio Clinico/Sicurezza del Paziente
SPINCAR	30	STEWARDSHIP	L'Azienda ha adottato Raccomandazioni specifiche sull'uso appropriato degli antimicrobici negli animali da reddito (indicazione all'uso, dosaggi, tipologia di farmaco...)
SPINCAR	31	STEWARDSHIP	L'Azienda ha adottato specifiche misure volte a promuovere l'uso appropriato degli antimicrobici negli animali da reddito
SPINCAR	32	STEWARDSHIP	L'Azienda ha adottato Raccomandazioni specifiche sull'uso appropriato degli antimicrobici negli animali da compagnia (indicazione all'uso, dosaggi, tipologia di farmaco...)

Area	ORDINE STD	Standard	Item
SPINCAR	33	STEWARDSHIP	L'Azienda ha adottato specifiche misure volte a promuovere l'uso appropriato degli antimicrobici negli animali da compagnia
SPINCAR	1	SORVEGLIANZA	L'Azienda dispone di un sistema di sorveglianza sulle resistenze agli antimicrobici a livello ospedaliero
SPINCAR	2	SORVEGLIANZA	L'Azienda dispone di un sistema di sorveglianza delle resistenze agli antimicrobici a livello territoriale
SPINCAR	3	SORVEGLIANZA	L'Azienda partecipa a sistemi di sorveglianza (<i>network</i>) nazionali, tra cui AR-ISS, delle resistenze agli antimicrobici
SPINCAR	4	SORVEGLIANZA	L'Azienda produce almeno un report annuale delle resistenze agli antimicrobici a livello ospedaliero
SPINCAR	5	SORVEGLIANZA	L'Azienda diffonde il report delle resistenze agli antimicrobici a livello ospedaliero (es tramite invio cartaceo, mail, ...)
SPINCAR	6	SORVEGLIANZA	L'Azienda produce almeno un report annuale delle resistenze agli antimicrobici a livello territoriale
SPINCAR	7	SORVEGLIANZA	L'Azienda diffonde il report delle resistenze agli antimicrobici a livello territoriale (es tramite invio cartaceo, mail, ...)
SPINCAR	8	SORVEGLIANZA	>75%;50-75%;25-49%<25%
SPINCAR	9	SORVEGLIANZA	MMG, PLS; CA, medicina penitenziaria;
SPINCAR	10	SORVEGLIANZA	L'Azienda dispone di un sistema di monitoraggio del consumo di antimicrobici a livello ospedaliero
SPINCAR	11	SORVEGLIANZA	L'Azienda dispone di un sistema di monitoraggio del consumo di antimicrobici a livello territoriale
SPINCAR	12	SORVEGLIANZA	Il sistema di monitoraggio si integra con quello dei consumi di antimicrobici in ambito veterinario/zootecnico secondo gli standard concordati nell'ambito della strategia nazionale One Health
SPINCAR	13	SORVEGLIANZA	L'Azienda monitora l'appropriatezza prescrittiva degli antimicrobici a livello ospedaliero (es. <i>compliance</i> a Raccomandazioni/Linee Guida, ecc.)
SPINCAR	14	SORVEGLIANZA	L'Azienda realizza con cadenza almeno annuale un report sui consumi di antimicrobici a livello ospedaliero
SPINCAR	15	SORVEGLIANZA	L'Azienda diffonde il report del consumo di antimicrobici a livello ospedaliero (es tramite invio cartaceo, mail,...)
SPINCAR	16	SORVEGLIANZA	L'Azienda realizza con cadenza almeno annuale un report sui consumi di antimicrobici a livello territoriale
SPINCAR	17	SORVEGLIANZA	L'Azienda diffonde il report del consumo di antimicrobici a livello territoriale (es tramite invio cartaceo, mail,...)
SPINCAR	18	SORVEGLIANZA	>75%;50-75%;25-49%<25%
SPINCAR	19	SORVEGLIANZA	MMG, PLS;CA, medicina penitenziaria;RSA;Case di riposo convenzionate;Strutture private convenzionate con il SSR
SPINCAR	20	SORVEGLIANZA	L'Azienda dispone di un piano per la sorveglianza delle ICA
SPINCAR	21	SORVEGLIANZA	Il piano prevede la partecipazione agli studi nazionali di prevalenza delle ICA nelle strutture per acuti
SPINCAR	22	SORVEGLIANZA	Il piano aziendale è definito sulla base della prioritizzazione delle necessità/risorse locali

Area	ORDINE STD	Standard	Item
SPINCAR	23	SORVEGLIANZA	L'Azienda dispone di un piano per il monitoraggio dell'adesione alle procedure per la Prevenzione e il Controllo delle ICA da parte degli operatori con chiari obiettivi, risorse e attività
SPINCAR	24	SORVEGLIANZA	L'Azienda produce un report almeno annuale con i dati sulla sorveglianza delle ICA a livello ospedaliero
SPINCAR	25	SORVEGLIANZA	L'Azienda diffonde il report sulla sorveglianza delle ICA alle strutture ospedaliere (es. tramite invio cartaceo, mail,...)
SPINCAR	26	SORVEGLIANZA	L'azienda produce un report almeno annuale con i dati sulla sorveglianza delle ICA a livello territoriale
SPINCAR	27	SORVEGLIANZA	L'azienda diffonde il report sulla sorveglianza delle ICA alle strutture territoriali (es. tramite invio cartaceo, mail,...)
SPINCAR	28	SORVEGLIANZA	>75%;50-75%;25-49%<25%
SPINCAR	29	SORVEGLIANZA	MMG, PLS; CA, medicina penitenziaria;
SPINCAR	30	SORVEGLIANZA	L'Azienda dispone di un sistema di monitoraggio continuo delle resistenze agli antimicrobici in ambito veterinario (animali da reddito)
SPINCAR	31	SORVEGLIANZA	L'Azienda realizza con cadenza almeno annuale un report sulle resistenze agli antimicrobici in ambito veterinario (animali da reddito)
SPINCAR	32	SORVEGLIANZA	Il sistema di sorveglianza si integra con i sistemi già presenti a livello nazionale
SPINCAR	33	SORVEGLIANZA	L'Azienda aderisce al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica
SPINCAR	34	SORVEGLIANZA	L'Azienda dispone di un sistema di monitoraggio del consumo di antimicrobici in ambito veterinario e zootecnico
SPINCAR	35	SORVEGLIANZA	Il sistema di monitoraggio si integra con quello dei consumi di antimicrobici in ambito umano secondo gli standard concordati nell'ambito della strategia nazionale One Health
SPINCAR	1	FORMAZIONE	Il personale sanitario responsabile per il programma aziendale di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza dispone di competenze specifiche acquisite a seguito della partecipazione a corsi di formazione e/o attività di formazione sul campo organizzati a livello regionale o nazionale (almeno uno svolto nell'ultimo anno)
SPINCAR	2	FORMAZIONE	Il team di coordinamento e monitoraggio del programma aziendale di Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle ICA dispone di competenze specifiche acquisite a seguito della partecipazione a corsi di formazione e/o master organizzati a livello nazionale/internazionale (almeno uno svolto negli ultimi 3 anni)
SPINCAR	3	FORMAZIONE	Un corso sul tema contrasto all'antimicrobico-resistenza, buon uso degli antimicrobici, rivolto al personale sanitario ospedaliero di tutte le Unità Operative è stato organizzato e svolto dall'Azienda nell'ultimo anno
SPINCAR	4	FORMAZIONE	>75%;50-75%;25-49%<25%
SPINCAR	5	FORMAZIONE	Almeno un'attività di formazione sul tema Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle ICA, rivolto al personale medico e infermieristico ospedaliero di tutte le Unità Operative è stato organizzato e svolto dall'Azienda nell'ultimo anno
SPINCAR	6	FORMAZIONE	Almeno un'attività di formazione sul tema Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle ICA, rivolto agli altri operatori direttamente coinvolti nella gestione dei pazienti o a diretto contatto con essi (esclusi medici e infermieri) è stato organizzato e svolto dall'Azienda nell'ultimo anno
SPINCAR	7	FORMAZIONE	L'Azienda dispone di un percorso di formazione continua rivolto al personale coinvolto nel programma di Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle ICA
SPINCAR	8	FORMAZIONE	>75%;50-75%;25-49%<25%
SPINCAR	9	FORMAZIONE	Un corso sul tema contrasto all'antimicrobico-resistenza, buon uso degli antimicrobici, sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA, rivolto ai Farmacisti aziendali è stato organizzato e svolto dall'Azienda nell'ultimo anno anche in collaborazione con l'Ordine dei Farmacisti
SPINCAR	10	FORMAZIONE	L'Azienda ha contribuito allo svolgimento di attività formative/corsi sul tema contrasto all'antimicrobico-resistenza e buon uso degli antimicrobici e sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA, rivolti ai Farmacisti operanti sul territorio (almeno uno nell'ultimo anno)

Area	ORDINE STD	Standard	Item
SPINCAR	11	FORMAZIONE	>75%;50-75%;25-49%<25%
SPINCAR	12	FORMAZIONE	Un corso sul tema contrasto all'antimicrobico-resistenza e buon uso degli antimicrobici, rivolto agli Odontoiatri è stato organizzato e svolto dall'Azienda nell'ultimo anno anche in collaborazione con l'Ordine degli Odontoiatri
SPINCAR	13	FORMAZIONE	L'Azienda ha contribuito allo svolgimento di attività formative/corsi sul tema sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA, rivolti agli Odontoiatri operanti nel settore pubblico (almeno uno nell'ultimo anno)
SPINCAR	14	FORMAZIONE	>75%;50-75%;25-49%<25%
SPINCAR	15	FORMAZIONE	Un corso sul tema contrasto all'antimicrobico-resistenza e buon uso degli antimicrobici rivolto ai Veterinari operanti nel settore pubblico è stato organizzato e svolto dall'Azienda nell'ultimo anno
SPINCAR	16	FORMAZIONE	L'Azienda ha contribuito allo svolgimento di attività formative/corsi sul tema sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni, comprese le ICA, rivolti ai Veterinari operanti nel settore pubblico è stato organizzato e svolto dall'Azienda nell'ultimo anno
SPINCAR	17	FORMAZIONE	>75%;50-75%;25-49%<25%
SPINCAR	1	PROTAGONISTI	L'Azienda mette a disposizione materiale informativo sul tema del corretto uso degli antimicrobici specificamente rivolto ai cittadini/pazienti
SPINCAR	2	PROTAGONISTI	L'Azienda mette a disposizione materiale informativo sulla sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni specificamente rivolto ai cittadini/pazienti
SPINCAR	3	PROTAGONISTI	L'Azienda ha realizzato nell'ultimo anno almeno un'iniziativa per il coinvolgimento dei cittadini/pazienti sul tema del contrasto all'antimicrobico-resistenza e buon uso degli antimicrobici
SPINCAR	4	PROTAGONISTI	L'Azienda ha realizzato nell'ultimo anno almeno un'iniziativa per il coinvolgimento dei cittadini/pazienti sul tema della sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA
SPINCAR	5	PROTAGONISTI	L'Azienda dispone di dati aggiornati (relativi all'ultimo anno) sul numero e il settore di operatività (pubblico e privato) dei Veterinari presenti sul territorio aziendale
SPINCAR	6	PROTAGONISTI	L'Azienda ha realizzato, nell'ultimo anno, almeno un'iniziativa per il coinvolgimento dei Veterinari sul tema del contrasto all'antimicrobico-resistenza, buon uso degli antimicrobici, sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni
SPINCAR	7	PROTAGONISTI	L'Azienda dispone di dati aggiornati (relativi all'ultimo anno) sul numero e il settore di operatività (pubblico e privato) degli Odontoiatri presenti sul territorio aziendale
SPINCAR	8	PROTAGONISTI	L'Azienda ha realizzato, nell'ultimo anno, almeno un'iniziativa per il coinvolgimento degli Odontoiatri sul tema del contrasto all'antimicrobico-resistenza, buon uso degli antimicrobici in collaborazione con l'Ordine degli Odontoiatri
SPINCAR	9	PROTAGONISTI	L'Azienda ha realizzato, nell'ultimo anno, almeno un'iniziativa per il coinvolgimento degli Odontoiatri sul tema della sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni in collaborazione con l'Ordine degli Odontoiatri
SPINCAR	10	PROTAGONISTI	L'Azienda dispone di dati aggiornati (relativi all'ultimo anno) sul numero dei Farmacisti operanti nel settore privato
SPINCAR	11	PROTAGONISTI	L'Azienda ha realizzato, nell'ultimo anno, almeno un'iniziativa per il coinvolgimento dei Farmacisti operanti nel settore privato sul tema del contrasto all'antimicrobico-resistenza, buon uso degli antimicrobici, in collaborazione con l'Ordine dei Farmacisti
SPINCAR	12	PROTAGONISTI	L'Azienda ha realizzato, nell'ultimo anno, almeno un'iniziativa per il coinvolgimento dei Farmacisti operanti nel settore privato sul tema della sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA in collaborazione con l'Ordine dei Farmacisti
SPINCAR	13	PROTAGONISTI	L'Azienda incontra almeno annualmente i rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta per la definizione e pianificazione di iniziative specifiche sul tema del contrasto all'antimicrobico-resistenza, buon uso degli antimicrobici e sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA
SPINCAR	14	PROTAGONISTI	L'Azienda ha realizzato, nell'ultimo anno, almeno un'iniziativa per il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta, dei medici di continuità assistenziale e della medicina penitenziaria sul tema del contrasto all'antimicrobico-resistenza, buon uso degli antimicrobici, sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA in
SPINCAR	15	PROTAGONISTI	MMG, PLS;CA;medicina penitenziaria
SPINCAR	1	IMPLEMENTAZIONE	L'Azienda dispone dei dati relativi al consumo di antimicrobici e alla diffusione delle resistenze batteriche antecedenti all'introduzione/implementazione del programma aziendale di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza

Area	ORDINE STD	Standard	Item
SPINCAR	2	IMPLEMENTAZIONE	L'azienda monitora annualmente attraverso specifici indicatori l'impatto del programma di contrasto all'antimicrobico-resistenza sul consumo di antimicrobici
SPINCAR	3	IMPLEMENTAZIONE	L'azienda monitora annualmente attraverso specifici indicatori l'impatto del programma di contrasto all'antimicrobico-resistenza sulle resistenze agli antimicrobici
SPINCAR	4	IMPLEMENTAZIONE	L'azienda ha adottato il sistema di indicatori esplicitati nel PNCAR
SPINCAR	5	IMPLEMENTAZIONE	L'azienda produce almeno un report annuale con gli indicatori dal programma regionale di contrasto all'antimicrobico-resistenza
SPINCAR	6	IMPLEMENTAZIONE	L'azienda diffonde tramite materiale cartaceo/mail almeno un report annuale con gli indicatori dal programma regionale di contrasto all'antimicrobico-resistenza
SPINCAR	7	IMPLEMENTAZIONE	Il report include gli indicatori richiesti a livello nazionale
SPINCAR	8	IMPLEMENTAZIONE	>75%;50-75%;25-49%<25%
SPINCAR	9	IMPLEMENTAZIONE	MMG, PLS; CA, medicina penitenziaria;
SPINCAR	10	IMPLEMENTAZIONE	L'azienda monitora annualmente attraverso specifici indicatori l'impatto del programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA
SPINCAR	11	IMPLEMENTAZIONE	L'azienda monitora annualmente attraverso specifici indicatori l'impatto del programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA
SPINCAR	12	IMPLEMENTAZIONE	L'azienda ha adottato il sistema di indicatori esplicitati nel PNCAR
SPINCAR	13	IMPLEMENTAZIONE	L'azienda produce almeno un report annuale con gli indicatori dal programma regionale di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA
SPINCAR	14	IMPLEMENTAZIONE	L'azienda diffonde tramite materiale cartaceo/mail almeno un report annuale con gli indicatori dal programma regionale di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA
SPINCAR	15	IMPLEMENTAZIONE	Il report include gli indicatori richiesti a livello nazionale (es PNCAR)
SPINCAR	16	IMPLEMENTAZIONE	>75%;50-75%;25-49%<25%
SPINCAR	17	IMPLEMENTAZIONE	MMG, PLS;CA, medicina penitenziaria;RSA;Case di riposo convenzionate;Strutture private convenzionate con il SSR