**1° Criterio/fattore di qualità –**

**ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRAOSPEDALIERA**

[**1.1** **Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto;** 2](#_Toc529269848)

[**1.2** **Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali;** 3](#_Toc529269849)

[**1.3** **Definizione delle responsabilità;** 4](#_Toc529269850)

[**1.4** **Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi, documenti e dati);** 5](#_Toc529269851)

[**1.5** **Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi;** 6](#_Toc529269852)

[**1.6** **Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi** 7](#_Toc529269853)

# **1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto;**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Requisito 1.1** | Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto | | | |
|  | **Requisito normativo** | **Nr ev.** | **Evidenze oggettive** | **Directory** |
| **Fase 1:**  **Documenti di indirizzo e pianificazione** | 1. L’organizzazione ha definito, approvato e diffuso:  * un documento in cui sono chiaramente identificati la visione, la missione e i valori dell’organizzazione; * una politica di riferimento per una gestione secondo criteri di eticità, a garanzia dell’erogazione di assistenza sanitaria nel rispetto di norme legali, etiche, finanziarie e commerciali e a tutela del paziente e dei suoi diritti; * un piano annuale delle attività e della qualità dell’organizzazione in cui sono definiti gli obiettivi di attività e di qualità che si basano sull’analisi della domanda di servizi/prestazioni del territorio e prevedono per la loro formulazione il coinvolgimento del personale, dei rappresentanti della comunità di riferimento e le associazioni di tutela del malato. | **1** |  |  |
| **Fase 2: Implementazione** | 1. Vi è evidenza della applicazione di una politica di riferimento per una gestione della struttura sanitaria secondo criteri di eticità e che tale politica supporta il processo decisionale; 2. esiste evidenza dell’esplicitazione da parte della Direzione degli obiettivi e delle funzioni ad esse assegnate; 3. l’organizzazione sviluppa relazioni con altre organizzazioni e servizi territoriali per il raggiungimento degli obiettivi strategici e organizzativi ed esiste evidenza delle relazioni implementate (es. verbali degli incontri effettuati). | **3** |  |  |
| **Fase 3: Monitoraggio** | 1. L’organizzazione monitora e verifica l’attuazione del piano annuale delle attività e della qualità e monitora il raggiungimento degli obiettivi di budget, attività, qualità e costi; 2. vi è evidenza della revisione periodica del piano annuale delle attività e della qualità sulla base degli indirizzi regionali e sulle indicazioni provenienti dal personale operante nella struttura, dai rappresentanti della comunità di riferimento e dalle associazioni di tutela dei pazienti; 3. i risultati del monitoraggio delle attività vengono condivisi attraverso modalità definite all’interno e all’esterno dell’organizzazione (direzione, personale, territorio, organizzazione di cittadini). | **3** |  |  |
| **Fase 4: Miglioramento della qualità** | 1. Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua e implementa specifiche azioni per migliorare l’efficacia dei piani annuali di attività e di qualità; sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle attività di assistenza e supporto; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). | **1** |  |  |

# **1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali;**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Requisito 1.2** | **Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali** | | | |
|  | **Requisito normativo** | **Nr ev.** | **Evidenze oggettive** | **Directory** |
| **Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione** | 1. L’organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso documenti di indirizzo (protocolli, linee-guida, procedure, programmi di ricerca e formazione) che descrivono:  * i collegamenti funzionali ed il funzionamento delle reti assistenziali che vedono l’integrazione tra struttura socio sanitaria/assistenziale e sociale e territorio e promuove modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione attraverso lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture sanitarie, territoriali e ambulatoriali; * il funzionamento di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”.  1. L’organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:  * accordi con servizi esterni per la gestione dei servizi di laboratorio qualora non siano disponibili all’interno dell’organizzazione; * accordi e protocolli con servizi esterni per la gestione dei servizi di diagnostica per immagini, qualora non siano disponibili all’interno dell’organizzazione; * un protocollo formalizzato per il raccordo della struttura con la struttura ospedaliera di riferimento. | **2** |  |  |
| **Fase 2: Implementazione** | 1. Sono attuati specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti all’interno delle reti assistenziali integrate, delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico e delle reti tra centri regionali, anche in collegamento con le strutture sanitarie, con altre strutture socio-sanitarie e sociali e con le strutture ambulatoriali. | **NA** |  |  |
| **Fase 3: Monitoraggio** | 1. La direzione effettua una raccolta dati sulla realizzazione e il raggiungimento degli obiettivi dell’organizzazione all’interno delle reti assistenziali e valuta la corrispondenza tra quanto pianificato e attuato; 2. vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte dell’organizzazione dell’applicazione delle procedure di gestione della richiesta di esami, dei campioni e dei servizi esterni di laboratorio e sono presenti i report di valutazione della qualità dei servizi di laboratorio; 3. vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte dell’organizzazione dell’applicazione delle procedure per la gestione dei servizi esterni di diagnostica per immagini e anestesia e sono presenti i report di valutazione della qualità dei servizi di diagnostica per immagini. | **3** |  |  |
| **Fase 4: Miglioramento della qualità** | 1. Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema delle reti assistenziali, delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico, nonché delle reti tra centri regionali; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). | **3** |  |  |

# **1.3 Definizione delle responsabilità;**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Requisito 1.3** | **Definizione delle responsabilità** | | | |
|  | **Requisito normativo** | **Nr ev.** | **Evidenze oggettive** | **Directory** |
| **Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione** | 1. Sono presenti, sono stati formalizzati, approvati e diffusi documenti che descrivono la struttura di governo dell’organizzazione, gli strumenti e documenti di delega delle responsabilità, i processi e le relative responsabilità clinico/assistenziali-organizzative, le modalità di valutazione delle performance dei vari responsabili e dirigenti, insieme ai relativi criteri di valutazione. | **1** |  |  |
| **Fase 2: Implementazione** | 1. Vi è evidenza della comunicazione della struttura di governo, da parte della Direzione, all’intera organizzazione. | **1** |  |  |
| **Fase 3: Monitoraggio** | 1. Vi è evidenza di una valutazione dell’efficacia dell’organizzazione, delle responsabilità e degli strumenti di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell’organizzazione e nell’erogazione dei servizi della struttura. | **1** |  |  |
| **Fase 4: Miglioramento della qualità** | 1. Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati annuali raggiunti, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi, dell’organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). | **1** |  |  |

# **1.4 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi, documenti e dati);**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Requisito 1.4** | **Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)** | | | |
|  | **Requisito normativo** | **Nr ev.** | **Evidenze oggettive** | **Directory** |
| **Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione** | 1. L’organizzazione ha definito e approvato procedure e linee guida per la gestione della sicurezza nell’accesso tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia di privacy, riservatezza e sicurezza delle informazioni. | **1** |  |  |
| **Fase 2: Implementazione** | 1. Vi è evidenza della integrazione dei sistemi informativi al fine di:  * documentare la tracciatura dei dati sanitari e la gestione e la trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario; * raccogliere i dati per il supporto alle attività di pianificazione e controllo; * collaborare al debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS); * garantire la trasparenza e l’aggiornamento sistematico delle liste di attesa; * garantire informazioni tempestive e trasparenti nella erogazione delle prestazioni sanitarie.  1. Il personale è stato formato e applica le procedure e le linee guida per la gestione della sicurezza e riservatezza di informazioni e dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia e lavora in accordo con quanto previsto dalle stesse. | **2** |  |  |
| **Fase 3:**  **Monitoraggio** | 1. L’organizzazione monitora la qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne. | **1** |  |  |
| **Fase 4: Miglioramento della qualità** | 1. Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei sistemi informativi, della sicurezza nell’accesso ai dati e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, affidabilità, accuratezza e validità (sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne); ne valuta la corretta applicazione nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia. | **1** |  |  |

# **1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi;**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Requisito 1.5** | **Le modalità e gli strumenti di valutazione della qualità dei servizi** | | | |
|  | **Requisito normativo** | **Nr ev.** | **Evidenze oggettive** | **Directory** |
| **Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione** | 1. Vi è evidenza della formalizzazione e diffusione:  * di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi) per la valutazione degli esiti, della qualità delle prestazioni e dei servizi che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti, ecc.). Il monitoraggio deve includere almeno: i) qualità clinico/assistenziale, ii) qualità organizzativa, iii) qualità percepita; * delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi. | **1** |  |  |
| **Fase 2: Implementazione** | 1. Le attività di valutazione degli esiti e della qualità delle prestazioni e dei servizi sono documentate (es.:la presenza di report quantitativi o qualitativi sulla qualità dei servizi) con periodicità almeno annuale e vi è evidenza della partecipazione del personale a tali attività; 2. vi è evidenza che l’organizzazione ha comunicato i risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed ha attivato il confronto con le parti interessate (es.: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all’interno della struttura sia all’esterno e in particolare all’utenza); 3. vi è evidenza nelle strutture socio sanitarie/assistenziali e sociali dell’impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti per la misurazione della aderenza alle linee guida; 4. i pazienti e le organizzazione di cittadini sono incoraggiati a fornire giudizi sulle cure ricevute e vi è evidenza della loro partecipazione alla valutazione della qualità dei servizi. | **4** |  |  |
| **Fase 3: Monitoraggio** | 1. Vi è evidenza del controllo e dell’adeguamento periodico del sistema di valutazione della qualità del servizio in maniera tale da garantire la validità e l’affidabilità di tutte le misure nel tempo e delle strategie di comunicazione dei dati. | **1** |  |  |
| **Fase 4: Miglioramento della qualità** | 1. Sulla base dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, ed individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento delle performance (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). Vi è evidenza dell’efficacia delle azioni correttive eventualmente messe in atto. | **1** |  |  |

# **1.6 Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Requisito 1.6** | **Le modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi** | | | |
|  | **Requisito normativo** | **Nr ev.** | **Evidenze oggettive** | **Directory** |
| **Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione** | 1. L’organizzazione ha definito e approvato procedure/attività per la raccolta, la tracciabilità, l’analisi dei disservizi, la comunicazione verso l’esterno e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento. | **1** |  |  |
| **Fase2: Implementazione** | 1. Vi è evidenza della messa in atto di un processo di comunicazione esterna alimentato anche dalle informazioni provenienti dai cittadini attraverso la gestione delle segnalazioni e dei reclami; 2. vi è evidenza delle attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (es.: errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente). | **2** |  |  |
| **Fase 3: Monitoraggio** | 1. Vi è l’evidenza di un’attività di monitoraggio:  * per verificare la frequenza delle diverse tipologie di disservizi all’interno dell’organizzazione; * per valutare l’efficacia della strategia di comunicazione esterna. | **1** |  |  |
| **Fase 4: Miglioramento della qualità** | 1. Vi è l’evidenza di un processo documentato per l’individuazione, lo sviluppo e il monitoraggio di azioni correttive, preventive e di miglioramento finalizzate all’eliminazione o alla riduzione della ricorrenza del disservizio; 2. é presente l’evidenza di modifiche apportate all’organizzazione derivate dalla valutazione dei disservizi e della valutazione della loro efficacia. | **2** |  |  |