

11/07/2007



*ARSS - Agenzia Regionale Sanitaria e
Socio-Sanitaria*

**ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE
STRUTTURE AMBULATORIALI PRIVATE**

**Documento di interpretazione dei
requisiti generali**

11/07/2007

PREMESSA	2
GRUPPO DI LAVORO.....	2
LE INDICAZIONI DEL GRUPPO	2

Premessa

I requisiti generali di accreditamento istituzionale, articolati in sette aree tematiche, riguardano per lo più aspetti organizzativi, che ovviamente, per essere applicati, richiedevano di essere contestualizzati rispetto ai possibili gradi di complessità delle strutture sanitarie. In tal senso il primo focus di analisi sviluppato è quello relativo alle strutture ambulatoriali, infatti, le conclusioni prodotte in merito costituiranno fondamento metodologico per l'esecuzione delle visite di verifica per l'attestazione dell'Idoneità al Sistema di Qualità regionale/dell'Accreditamento istituzionale che le stesse richiederanno.

Gruppo di lavoro

Il gruppo di lavoro individuato per lo svolgimento di tali analisi, è stato composto oltre che dai referenti dell'ARSS, da soggetti, in possesso del titolo di valutatore, provenienti sia dal settore della sanità pubblica che privata (Anisap, Federazione degli industriali comparto sanità, AIOP).

Le indicazioni del gruppo

Il Gdl, nella disamina dei singoli requisiti, ha operato, in modo da indicare laddove opportuno:

- Eventuale non applicabilità (N.A.)
- Gli standard per ottenere rispettivamente il punteggio di 60% piuttosto che del 100%
- Possibili forme di evidenze da presentare
- Proposte di modifica del testo del requisito (le parole sottolineate e con carattere rosso in sostituzione di quelle tra parentesi che coincidono con il testo originario)
- Proposta di eliminazione dell'intero requisito (anche per strutture diverse dagli ambulatori privati, quindi da rivalutare alla luce dei tavoli successivi)

Il Gruppo di Lavoro, al fine di incentivare il Miglioramento continuo della qualità, ha individuato nell'applicazione della logica e dell'approccio **PDCA** (“**Ciclo di Deming**”) un elemento fondamentale e trasversale a tutta la procedura di accreditamento istituzionale/attestazione di Idoneità al Sistema di qualità regionale

Tale modello, infatti, in un'ottica a lungo raggio, serve per promuovere la cultura della qualità che è tesa al miglioramento continuo dei processi e all'utilizzo ottimale delle risorse. Questo strumento parte dall'assunto che per il raggiungimento del massimo della qualità è necessaria la costante interazione tra ricerca, progettazione e pianificazione, test, produzione e erogazione dei servizi. Per

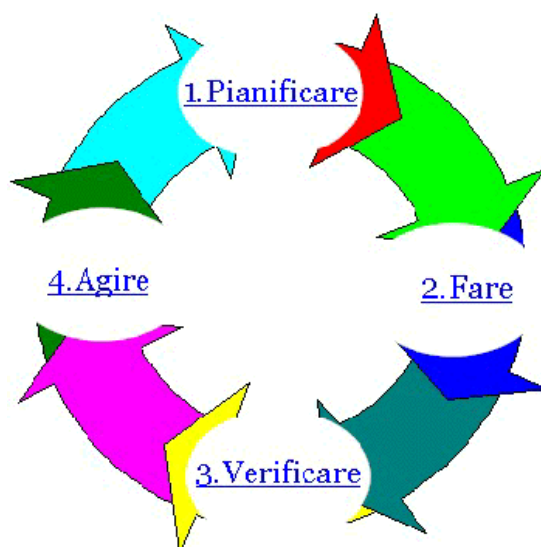
migliorare la qualità e soddisfare il cliente, le quattro fasi devono ruotare costantemente, tenendo come criterio principale la qualità e sono:

P = PLAN – Pianificare stabilire gli obiettivi ed i processi necessari per fornire risultati conformi ai requisiti del cliente ed alle politiche dell'organizzazione;

D = DO – Attuare dare attuazione ai processi;

C = CHECK – Controllare monitorare e misurare i processi ed i prodotti a fronte delle politiche, degli obiettivi e dei requisiti relativi ai prodotti e riportarne i risultati;

A = ACT – Agire (consolidare o correggere) adottare azioni per migliorare in modo continuo le prestazioni dei processi.



L'analisi delle evidenze. nelle visite di verifica, pertanto, dovrà riscontrare e valorizzare il rispetto dell'approccio composto dei quattro stadi citati

Si precisa che per una corretta applicazione delle liste di verifica alle strutture ambulatoriali si dovrà tener conto della seconda colonna delle tabelle sottostanti, contenenti, laddove sviluppate, le interpretazioni del requisito in termini di evidenze e punteggi assegnabili. Per i requisiti dove la cella della seconda colonna non contiene alcuna indicazione, si è ritenuto sufficiente, alla luce dell'esperienza media del valutatore tipo, il testo stesso del requisito o delle indicazioni già riportate sulla lista di verifica.

Requisito	Interpretazione del requisito in termini di evidenze e punteggi assegnabili
AREA 1. Requisiti organizzativi: politiche, obiettivi ed attività	
La Direzione aziendale, le politiche, l'organizzazione e il piano di lavoro	
GENER01.AC.1.5 - La Direzione aziendale ha definito e documentato le politiche complessive dell'azienda per la qualità dell'assistenza	Valutazione della documentazione complessiva: presenza di obiettivi - mission, ma soprattutto la presenza e l'utilizzo di un approccio PDCA.
GENER01.AC.1.5.1 - Per lo sviluppo delle politiche per la qualità dell'assistenza sono stati consultati i vari responsabili di struttura organizzativa	Ogni responsabile organizzativo deve essere coinvolto nell'individuazione e nel raggiungimento degli obiettivi sviluppo delle politiche per la qualità. Si richiede pertanto il coinvolgimento di tutti i livelli. Diffusione parziale: 60% Diffusione totale 100% Evidenza: sottoscrizione
GENER01.AC.1.5.2 - Le politiche per la qualità sono portate a conoscenza degli operatori	Diffusione e condivisione dei documenti all'interno dei quali vengono elencati i vari obiettivi e le politiche per la qualità. Parziale: 60% Totale:100 %
GENER01.AC.1.6- La Direzione aziendale effettua periodicamente un'analisi dei bisogni della propria utenza	Non applicabile (NA)
GENER01.AC.1.7 - Fin dal primo contatto la struttura valuta se è in grado di soddisfare i bisogni dell'utente e si attiva per soddisfarli	presenza di istruzioni operative per chi risponde,elenco delle prestazioni rese, elenchi delle prestazioni rese in service: 60% + invio ad altre strutture:100%
La Direzione della Struttura organizzativa, le politiche e l'organizzazione	
GENER01.AC.2.5 - Il documento delle politiche della struttura è stato elaborato oltre che con la direzione aziendale con il contributo del personale della struttura organizzativa	N.A.
GENER01.AC.2.6- Il documento delle politiche della struttura è stato elaborato con il personale di altre strutture o servizi direttamente coinvolte	N.A.
GENER01.AC.2.7 - Il documento è verificato e revisionato dalla direzione ad opportuni intervalli	Una volta all'anno:60% più frequente:100%
GENER01.AC.2.8.1 - La direzione definisce per le prestazioni/servizi erogati regolamenti interni e/o standard di prodotto intesi come linee guida, Protocolli o profili di cura aziendali (PCA) PERIODICAMENTE aggiornati	Vengono definiti degli standard di prodotto: 60% profilo di cura completo e aggiornato almeno annuale (pdca): 100%
GENER01.AC.2.8.2 - I regolamenti interni e gli standard di prodotto sono tempestivamente o periodicamente aggiornati	N.A. Proposta: eliminare alla luce delle modifiche del precedente
GENER01.AU.2.8.3 - La Direzione definisce all'interno del budget o di rapporti attività/risorse i progetti obiettivo	N.A.

Requisito	Interpretazione del requisito in termini di evidenze e punteggi assegnabili
AREA 2. Requisiti organizzativi: valutazione del raggiungimento degli obiettivi programmati interni alla struttura	
Responsabilità e Organizzazione nella Valutazione	
GENER02.AC.1.1.1 - La Struttura effettua la valutazione periodica delle attività	Valutazione periodica dell'attività: 60% Valutazione periodica dell'attività con conseguente analisi dei risultati di tale valutazione sugli obiettivi aziendali: 100%
GENER02.AC.1.1.2 - Le procedure prevedono l'assegnazione delle responsabilità per ogni specifica valutazione/controllo	
La Capacità di valutare obiettivi	
GENER02.AC.2.1.2 - E' valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi di attività definiti in base ai bisogni	N.A.
GENER02.AC.2.1.4 - E' valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi in termini di costi sostenuti per prestazioni/ servizi erogati e/o processi assistenziali	Si valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi in termini di costi sostenuti: Consuntivi infrannuali: 60% Procedura standard:100%
GENER02.AC.2.2 - Il paziente è rivalutato ad intervalli regolari per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi clinico-assistenziali	N.A.
GENER02.AC.2.3 - E' valutato il raggiungimento dei risultati in (merito) <u>termini</u> alla soddisfazione degli operatori	Riunioni/questionari di valutazione
GENER02.AC.2.4 - E' valutato il raggiungimento dei risultati in (merito) <u>termini</u> (alla) di adeguatezza delle risorse	Da valutare in termini di completezza
GENER02.AC.2.5 - Vengono effettuate verifiche e valutazioni sull'efficacia degli interventi formativi rispetto alla criticità iniziale (problema) che ha fatto nascere l'esigenza formativa	N.A.
GENER02.AC.2.7- I dati risultanti dalle attività di valutazione svolte vengono presentati e discussi con le parti interessate	N.A. (Proposta eliminare)
GENER02.AC.2.8- Le attività di valutazione svolte sono documentate	N.A. (Proposta eliminare)
Le Valutazioni per il governo clinico	
GENER02.AC.3.1- Esistono indicazioni per l'attuazione del "governo clinico"	N.A. (Proposta eliminare)
GENER02.AC.3.2- Le linee guida favoriscono l'integrazione fra gli operatori ospedalieri e territoriali	N.A. (Proposta eliminare)
GENER02.AC.3.3- Esiste un comitato di direzione del governo clinico o un programma con un responsabile individuato per il governo clinico	N.A. (Proposta eliminare)

Requisito	Interpretazione del requisito in termini di evidenze e punteggi assegnabili
GENER02.AC.3.4- Esiste un budget assegnato per intraprendere progetti/azioni per la gestione delle tematiche del governo clinico	N.A. (Proposta eliminare)
GENER02.AC.3.5- Vengono Implementate e aggiornate con azioni sistematiche le linee guida	DA VALUTARE A SECONDA DELLA TIPOLOGIA DI STRUTTURA AMBULATORIALE
GENER02.AC.3.6-Vengono applicati in modo sistematico e costante strumenti di garanzia della qualità clinica (audit clinico, linee guida e/o percorsi diagnostico- assistenziali)	N.A.
GENER02.AC.3.7- Vengono effettuate valutazioni periodiche sull'outcome clinico	DA VALUTARE A SECONDA DELLA TIPOLOGIA DI STRUTTURA AMBULATORIALE
GENER02.AC.3.8- Sono presenti linee guida e percorsi diagnostici-assistenziali (all'interno delle U.O) per patologie prevalenti	DA VALUTARE A SECONDA DELLA TIPOLOGIA DI STRUTTURA AMBULATORIALE
La valutazione della soddisfazione	
GENER02.AC.4.1- E' valutato il (grado di raggiungimento) il livello di soddisfazione del personale	questionario di valutazione, le modalità di rilevazione, gli intervalli
GENER02.AC.4.2- E' valutato il grado di raggiungimento della soddisfazione degli utenti	Diffusione di questionari per la soddisfazione degli utenti
AREA 3. Requisiti organizzativi: informazione, comunicazione e gestione della conoscenza	
La comunicazione con l'utenza	
GENER03.AC.1.2- La struttura ha attivato iniziative per ridurre le barriere linguistiche e culturali e assicurare l'accessibilità alle prestazioni	
L'informazione dell'utenza	
GENER03.AC.2.2.1- La documentazione di informazione dell'utenza fornisce ulteriori elementi rispetto a quelli indicati per l' AU	Informazioni aggiuntive rispetto a quanto richiesto nell'autorizzazione all'esercizio, in coerenza Dpcm 27-01-04 sulla carta dei servizi
GENER03.AC.2.3- La documentazione per l'informazione dell'utenza è diffusa con sistematicità	N.A.
GENER03.AC.2.4- La documentazione per l'informazione dell'utenza è revisionata ad opportuni intervalli e comunque quando sono intervenute variazioni significative	
GENER03.AC.2.5- La documentazione per l'informazione dell'utenza è redatta con l'apporto delle associazioni rappresentative degli utenti	N.A.
GENER03.AC.2.6- Esistono modalità documentate per informare con sistematicità ed eguaglianza i pazienti (o i tutori) circa le condizioni cliniche e i trattamenti previsti, al di là del consenso informato	PROCEDURA SULLA COMUNICAZIONI DELLE CONDIZIONI CLINICHE

Requisito	Interpretazione del requisito in termini di evidenze e punteggi assegnabili
GENER03.AC.2.7- La struttura predispone, (ridiscute) e aggiorna la documentazione per l'informazione dell'utenza con l'apporto dei responsabili di struttura e del personale	IL LIVELLO DI COINVOLGIMENTO DEGLI OPERATORI
La comunicazione e la gestione interna della conoscenza	
GENER03.AC.3.1- La documentazione per l'informazione dell'utenza è diffusa all'interno della struttura	N.A.
GENER03.AC.3.1.1- Sono disponibili appositi mezzi e modalità per la circolazione delle informazioni	
GENER03.AC.3.2- Il personale della struttura è informato sui budget o sui programmi attività/risorse	N.A.
GENER03.AC.3.3- Esiste un sito internet/(intranet)	N.A.
GENER03.AC.3.3.2- E' garantito l'accesso a testi, riviste, letteratura specialistica medica e amministrativa (almeno a livello aziendale)	N.A.
GENER03.AC.3.4- Sono garantiti sistematici momenti di coordinamento e di integrazione almeno tra i responsabili delle diverse articolazioni organizzative interne	NA PER COLORO CHE NON HANNO ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE
GENER03.AC.3.5- Esistono momenti sistematici di coordinamento ed integrazione della struttura con altre strutture sanitarie, soggetti sanitari e/o soggetti non sanitari	N.A.
GENER03.AC.3.6- E' redatto un rapporto annuale consuntivo sulle attività svolte con informazioni sul raggiungimento degli obiettivi prefissati e sui problemi ancora aperti	Report annuale con analisi degli scostamenti tra gli obiettivi prefissati e gli obiettivi raggiunti
GENER03.AC.3.7-Il rapporto annuale sulle attività è portato a conoscenza ai vari livelli	Diffusione dei dati del Report annuale con analisi degli scostamenti tra gli obiettivi prefissati e gli obiettivi raggiunti
AREA 4. Requisiti organizzativi: gestione delle risorse umane	
La Politica delle risorse umane	
GENER04.AC.1.2- Viene svolta un'attività di valutazione (per l'attribuzione) PER LA VALORIZZAZIONE del personale	MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE
L'inserimento, l'affiancamento e l'addestramento del personale	
GENER04.AC.2.1.1- Esiste una documentazione predisposta dal livello aziendale da distribuire al nuovo personale	
GENER04.AC.2.2- E' predisposto un piano di affiancamento per l'addestramento del personale	N.A. (Proposta eliminare)
La Formazione continua e l'aggiornamento	

Requisito	Interpretazione del requisito in termini di evidenze e punteggi assegnabili
GENER04.AC.3.3- La programmazione delle attività di formazione e aggiornamento è sviluppata coinvolgendo gli operatori	evidenze: Verbale 100%, esplicito sul coinvolgimento 60% non esplicito
GENER04.AC.3.4- Esiste registrazione delle attività di formazione e aggiornamento programmato del personale	coerenza tra la formazione effettuata e quella registrata e modalità di registrazione del piano di raccolta periodica delle attività di formazione e aggiornata sui corsi fatti al personale
GENER04.AC.3.5-Le conoscenze maturate all'esterno vengono documentate e condivise con tutto il personale interessato (attraverso relazioni o meeting o pubblicazioni su strumenti a circolazione interna da spostare in evidenze)	Relazioni o meeting o pubblicazioni su strumenti a circolazione interna
AREA 5. Requisiti organizzativi: sistema informativo	
La Gestione del dato	
GENER05.AC.1.4-Sono disposte procedure di accesso agli archivi nel rispetto della riservatezza richiesta (Da eliminare) da verificare se	N.A. procedura (PROPOSTA da eliminare)
GENER05.AC.1.5-Sono previsti collegamenti funzionali tra gli archivi	struttura del sistema informativo (non applicabile)
La Gestione della documentazione	
GENER05.AC.2.1.2-E' resa possibile l'identificazione e la rintracciabilità dei documenti	Esiste un sistema di gestione documentazione sanitaria (identificazione dei documenti 60 % procedura 100 %)
GENER05.AC.2.1.3-E' resa possibile l'individuazione dei destinatari della documentazione (eliminare)	N.A. esplicitazione all'interno della procedura dei destinatari
GENER05.AC.2.2-Per ogni tipologia principale di documento è regolamentata la gestione documentale	procedura di regolamentazione della gestione documentale
AREA 6. Requisiti organizzativi: linee guida, procedure e regolamenti interni	
Le Procedure per l'organizzazione e la realizzazione del servizio	
GENER06.AC.1.2-Sono definite le modalità per l'individuazione delle priorità di accesso alle prestazioni	Esplicitazione delle modalità
GENER06.AC.1.7- Sono utilizzati protocolli, linee guida, regolamenti interni e profili di cura (PCA) per le prestazioni/servizi erogati	coerenza tra ciò che è dichiarato e ciò che si fa
GENER06.AC.1.11-Vi sono disposizioni che regolano l'organizzazione delle attività nel rispetto dei ritmi e delle abitudini di vita dei pazienti	n.a.
GENER06.AC.1.12- I piani clinico-assistenziali sono formulati nel rispetto dei valori e delle credenze dei pazienti	n.a.

Requisito	Interpretazione del requisito in termini di evidenze e punteggi assegnabili
GENER06.AC.1.13- Esiste un regolamento che garantisca la privacy del paziente	eliminare (n.a.)
GENER06.AC.1.14- Esistono procedure che regolano l'assistenza ai pazienti che si trovano in condizioni di fragilità, anche temporanea	N.A.
Le Procedure per la valutazione e gestione del rischio	
GENER06.AC.3.3- Nell'atto aziendale sono esplicitate le politiche per la gestione dei rischi	n.a.
GENER06.AC.3.4- E' favorito lo scambio di esperienze tra addetti ai lavori su problemi connessi alla gestione dei rischi clinici e non clinici	n.a.
GENER06.AC.3.5- E' stata fatta una valutazione del rischio clinico con un piano di azione per ridurre i rischi chiave identificati come meritevoli di urgente attenzione	monitoraggio dei rischi
GENER06.AC.3.6- I protocolli scritti e aggiornati per il controllo dei rischi biologici sono portati a conoscenza del personale	n.a.
GENER06.AC.3.7- Esistono procedure per la gestione dei pazienti ad alto rischio e dei servizi considerati ad alto rischio	(Proposta nell'indicatore cancellare la prima riga e la parte tra parentesi)
GENER06.AC.3.8- E' disponibile un protocollo condiviso di profilassi antibiotica per pazienti sottoposti ad interventi chirurgici/procedure invasive	protocollo condiviso di profilassi antibiotica
GENER06.AC.3.9- L'organizzazione ha procedure per gestire (eliminare effettua il monitoraggio) rischi che derivano da eventuali difetti di alcune tipologie di presidi utilizzati: protesi vascolari, protesi ortopediche, lenti intraoculari, pace maker	
GENER06.AC.3.10- L'organizzazione adotta apposita scheda/reporting per segnalazione eventi avversi e un Clinical Incident Reporting System	scheda 60% scheda e monitoraggio e gestione 100%
GENER06.AC.3.11- Esiste un Clinical Incident Reporting System operativo nell'organizzazione	eliminare in considerazione della precedente modifica
GENER06.AC.3.12- La direzione aziendale e di struttura organizzativa supportano attivamente le pratiche di gestione dei rischi da parte dell'organizzazione:	n.a.
GENER06.AC.3.12.1- allocando risorse per la gestione del rischio	n.a.
GENER06.AC.3.12.2- rendendo consapevoli clienti/utenti, personale	n.a.
AREA 7. Requisiti organizzativi: gestione, valutazione e miglioramento della qualità	
Le Responsabilità per il Miglioramento Continuo della Qualità	

Requisito	Interpretazione del requisito in termini di evidenze e punteggi assegnabili
GENER07.AC.1.4-Il progetto di miglioramento della qualità, è utilizzato anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (RNM,TAC,Angioplastiche, etc.)	n.a.
GENER07.AC.2.1-I progetti e/o attività di miglioramento sono prioritizzati in funzione di esigenze documentate sulla base di valutazioni e verifiche interne, privilegiando (l'umanizzazione della cura eliminare) e la centralità del paziente	esplicitazione dei legami di progetti alle esigenze del paziente esplicitazione delle priorità tutti e due 100% uno dei due 60%
GENER07.AC.2.2-I progetti e/o attività di miglioramento sono formalizzati e contengono obiettivi chiaramente definiti	
GENER07.AC.2.3- <u>Esiste attività di valutazione del raggiungimento di tutti gli obiettivi raggiunti e non raggiunti</u> (documentazione ELIMINARE non terminati e/o in merito al loro fallimento)	
GENER07.AC.2.4-Sono discussi e condivisi i casi e le condizioni di fallimento dei progetti	analisi delle motivazioni di fallimento di un progetto
GENER07.AC.2.4.1-Sono discussi e condivisi i casi e le condizioni di fallimento con i pazienti/ familiari singoli o loro organizzazioni	n.a.
GENER07.AC.2.5-Esiste <u>evidenza</u> (traccia documentale) dei cambiamenti apportati a fronte dell'implementazione di progetti e/o attività di miglioramento	segnare i cambiamenti in itinere apportati
GENER07.AC.2.6-Sono stati attivati progetti orientati al miglioramento dell'appropriatezza dei processi clinico-assistenziali	n.a.