



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

SERVIZIO QUALITA' E ORGANISMO TECNICAMENTE ACCREDITANTE
Corso Sidney Sonnino, 177 - BARI
e-mail: ota@aress.regione.puglia.it - PEC: ota.aress@pec.rupar.puglia.it

Manuale operativo per la compilazione delle Griglie di autovalutazione requisiti specifici per la fase PLAN delle strutture per persone con disabilità, ex Reg. Reg. n. 16/2019 - Allegato B - Sezione 2D

**Il Dirigente del Servizio QuOTA
Dott. Domenico Lagreca**

Firma

**Il Direttore dell'Area Innovazione Sociale,
Sanitaria, di Sistema e Qualità - CRSS
Dott. Ettore Attolini**

Firma

**Il Direttore Generale
Dott. Giovanni Gorgoni**

Firma

Criterion 2 - SERVICES AND SERVICES**Requirement 2.1D – Typology of services and services provided****Objective**

"The objective of this requirement is to provide the citizen with correct information on the typology of services and health services provided and to define the scope and criteria of the commitment that the structure intends to assume with patients/users in order to protect their rights."

Rationale

"Such fulfillment must be carried out by the Service Charter which must be updated periodically. In addition to the presentation of the company/structure, its mission and its inspiratory principles, specific information must be present on services and health services, access criteria and commitments assumed by the company/structure for an improvement of the quality of care. The organization must illustrate, in relation to the individual care units and their specificity, the main constituent elements and useful references to facilitate orientation and the choice of users."

(Ref. **Intesa CSR 259/2012** "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

| Fase Ciclo PDCA | EVIDENZE | NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze |
|-----------------|--|--|
| PLAN | L'organizzazione ha definito le linee guida per la redazione e la distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri: <ul style="list-style-type: none"> - le informazioni circa le prestazioni e le relative modalità erogative; - gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini; - la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza. | Reg. Reg. n. 5/2019 Art. 8.2.1 "Carta dei Servizi" |

Requisito 2.2D Presenza di percorsi assistenziali**Obiettivo**

"L'obiettivo del requisito è di definire e standardizzare le modalità di eleggibilità dei pazienti, per specifici percorsi di assistenza e la successiva presa in carico del paziente, che si concretizzino nella valutazione multidisciplinare delle condizioni e dei bisogni della persona, premessa indispensabile per definire l'attuazione di politiche e di interventi mirati ed efficaci."

Razionale

"Il processo di presa in carico, completo e multidisciplinare, deve basarsi su bisogni clinici e sulle priorità del paziente. L'azienda e il dipartimento devono essere in grado di valutare quali bisogni del paziente è in grado di soddisfare al fine di determinarne la eleggibilità al più specifico e appropriato percorso di assistenza. Una organizzazione sanitaria/dipartimento deve considerare le modalità di raccolta delle informazioni rilevanti per la definizione e la pianificazione del percorso assistenziale individuale, tenuto conto delle politiche organizzative e gestionali."

(Rif. Intesa CSR 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

Requisito 2.2.1D – Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti

| Fase Ciclo PDCA | EVIDENZE | NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze |
|-----------------|--|--|
| PLAN | L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso procedure per: - la presa in carico e la gestione clinico-assistenziale/riabilitativa dei pazienti; - la gestione trasparente delle liste di attesa; - il trasferimento delle informazioni all'interno del percorso di cura; - l'attuazione di una politica per la promozione della salute; - è definito, aggiornato e disponibile un documento illustrante la 'giornata tipo' dei pazienti. | Reg. Reg. n. 5/2019 Art. 8.2.3 "Eleggibilità e presa in carico dei pazienti" |

Requisito 2.2.2D – Passaggio in cura (continuità assistenziale)

| Fase Ciclo PDCA | EVIDENZE | NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze |
|-----------------|--|--|
| PLAN | L'organizzazione ha definito protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale degli ospiti in fase di dimissione (trasferimenti in strutture sanitarie, sociosanitarie/assistenziali, sociali, ADI, follow up) che comprendano anche modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti (con particolare riguardo alla riconciliazione dei farmaci) e prevedano l'educazione e l'addestramento dell'ospite e dei familiari. | Reg. Reg. n. 5/2019 Art. 8.2.4 "Continuità assistenziale" |

Requisito 2.2.3D – Monitoraggio e valutazione

| Fase Ciclo PDCA | EVIDENZE | NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze |
|-----------------|----------|--|
| | | |

PLAN

L'organizzazione ha definito obiettivi *evidence based* e relativi indicatori di qualità del Piano di Assistenza/Riabilitazione Individualizzato e del percorso assistenziale del paziente.

Reg. Reg. n. 5/2019 Art. 8.1.8 "*Miglioramento della qualità*"
Reg. Reg. n. 5/2019 Art. 8.1.9 "*Obiettivi del miglioramento*"

Requisito 2.3D- La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio- sanitaria che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (privacy)

Obiettivo

"L'obiettivo di questo requisito è assicurare la corretta gestione della documentazione sanitaria affinché sia accurata, leggibile, accessibile e redatta tempestivamente per migliorare l'efficacia e la sicurezza delle cure, aumentare l'integrazione fra i diversi setting assistenziali e l'efficienza del processo di cura. La corretta gestione della documentazione sanitaria include anche una adeguata conservazione della stessa, sia durante il tempo di apertura del documento, sia successivamente alla sua chiusura e un costante monitoraggio."

Razionale

"La documentazione sanitaria in quanto testimonianza della pluralità di eventi e di attività, costituisce un bene di straordinaria importanza sul piano clinico, scientifico, didattico oltre che per la tutela dell'operato professionale. Pertanto essa deve essere gestita secondo modalità definite circa la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica, al fine di garantire la completezza rispetto agli interventi effettuati, la tracciabilità, la riservatezza (privacy), la sicurezza delle cure. Se correttamente gestita, essa contribuisce ad integrare l'agire dei molteplici professionisti coinvolti nel processo assistenziale e ad accrescere la sicurezza del paziente, permettendo di assumere decisioni basate su aggiornati e puntuali riscontri documentali.

I documenti sanitari contengono dati personali ascrivibili alla categoria dei dati sensibili, pertanto debbono essere trattati: in modo lecito e con correttezza; per scopi ben determinati, espliciti e legittimi; debbono essere esatti e, se necessario, aggiornati; pertinenti, completi ma non eccedenti rispetto alle finalità da perseguire; in forma che consenta l'identificazione solo per un tempo non superiore a quello necessario in base allo scopo."

(Rif. Intesa CSR 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

| Fase Ciclo PDCA | EVIDENZE | NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze |
|-----------------|---|---|
| PLAN | <p>L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria/socio- sanitaria; - gli aspetti legati al tema della privacy e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio-sanitaria e tenuta dei dati; - i tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socio- sanitaria. | <p>Reg. Reg. n. 5/2019 dall'Art. 8.2.5 "Gestione della documentazione" all'Art. 8.2.13 "Conservazione dei documenti "</p> |

Critero 6 - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA**Requisito 6.1D – Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche****Obiettivo**

"L'obiettivo di questo requisito è che le organizzazioni mettano in atto un sistema per garantire l'utilizzo delle evidenze disponibili nella definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni cliniche e assistenziali."

Razionale

"Un'organizzazione deve essere in grado di fornire interventi efficaci nel rispetto delle preferenze individuali e dei valori culturali e sociali di ogni paziente. Sono disponibili in letteratura evidenze che possono guidare le organizzazioni nell'implementare strategie e metodi che possono essere utilizzati per fornire cure e servizi appropriati ed efficaci. Le linee guida ed i protocolli adottati dagli operatori devono essere utilizzati in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa. Ogni struttura organizzativa ne predispona una raccolta ed il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili. Le organizzazioni devono garantire inoltre che i professionisti sanitari valutino le evidenze disponibili nei processi di definizione dei percorsi assistenziali e attivino percorsi di miglioramento laddove necessario. Le strutture devono effettuare una valutazione sistematica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni evidenziandone gli scostamenti rispetto alle evidenze disponibili e identificando gli ambiti di miglioramento."

(Rif. Intesa CSR 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

| Fase Ciclo PDCA | EVIDENZE | NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze |
|-----------------|---|--|
| PLAN | a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la definizione del Piano di Assistenza/Riabilitativo Individualizzato formulate secondo i principi della Evidence Based Medicine e della Evidence Based Nursing e pianificato programmi di formazione specifica per il personale; b) La struttura recepisce e adatta alle peculiarità della propria organizzazione i PDTA elaborati a livello nazionale/regionale per le patologie di cui si fa carico. | Reg. Reg. n. 5/2019 Art. 8.6.1 "Approccio alla pratica clinica secondo evidenze" |

Obiettivo

"L'obiettivo di questo requisito è l'adozione da parte della Direzione e dei responsabili delle attività cliniche e manageriali di un approccio sistemico al miglioramento della qualità e alla sicurezza."

Razionale

"Per gestione della sicurezza s'intende l'applicazione e lo sviluppo di strutture e processi che, sulla base delle evidenze scientifiche, siano in grado di prevenire e ridurre i rischi all'interno di un ospedale. La sicurezza in un'organizzazione sanitaria è pertanto la gestione integrata del rischio ambientale, del rischio operatore e del rischio paziente:

- *Rischio occupazionale: riguarda gli operatori, sanitari e non, nello svolgimento della loro attività lavorativa. Questi rischi sono generalmente classificati in rischio fisico, chimico e biologico;*

- *Rischio "non clinico": sono i problemi di sicurezza in generale, ad esempio eventi catastrofici, rischi finanziari;*

- *Rischio clinico: riguarda i pazienti, fa riferimento alla possibilità per gli stessi di essere danneggiati in relazione al trattamento sanitario.*

I tre tipi di rischio sono tra loro strettamente connessi, pertanto è necessario prevedere una gestione integrata dei tre livelli di rischio; ciò implica da un lato la conoscenza dei fattori di rischio comuni e dall'altro l'uso di strumenti di analisi, gestione e monitoraggio e di strategie integrate.

L'organizzazione deve elaborare un piano per la qualità e sicurezza declinato nei tre ambiti sopra descritti."

(Rif. **Intesa CSR 259/2012** "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

| Fase Ciclo PDCA | EVIDENZE | NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze |
|-----------------|---|--|
| PLAN | <p>È stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la corretta gestione di alimentazione e idratazione, cateterizzazione e somministrazione dei farmaci; - la definizione di ruoli, responsabilità, risorse e modalità di monitoraggio; - la programmazione di attività di formazione continua sulla gestione del rischio; - la programmazione di attività di segnalazione e analisi degli esiti inattesi; - la prevenzione ed il controllo almeno di sindrome da immobilizzazione, lesioni da pressione, infezioni correlate all'assistenza, cadute, disturbi comportamentali e depressione. | <p>Reg. Reg. n. 5/2019 Art. 8.6.2 "Promozione della sicurezza e gestione dei rischi"</p> |

Requisito 6.3D – Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi**Obiettivo**

"L'obiettivo di questo requisito è di garantire che le organizzazioni sanitarie siano dotate di meccanismi efficaci per la gestione del rischio clinico e la prevenzione degli eventi avversi."

Razionale

"Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica analisi e verifica e conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza.

La gestione degli eventi avversi comprende: l'identificazione e segnalazione degli eventi avversi mediante un sistema strutturato, le analisi e le valutazioni per comprendere come e perché l'evento avverso è accaduto e per identificare eventuali misure preventive e l'implementazione di un piano di azione; una procedura per la comunicazione aperta e trasparente con i pazienti ed i loro familiari, forme di definizione stragiudiziale dei contenziosi."

(Rif. Intesa CSR 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

| Fase Ciclo PDCA | EVIDENZE | NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze |
|-----------------|---|--|
| PLAN | La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso un sistema per l'identificazione, la segnalazione, la comunicazione e l'analisi di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella. | Reg. Reg. n. 5/2019 Art. 8.6.3 "Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi" |

Requisito 6.4D – Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze**Obiettivo**

"L'obiettivo è quello di evidenziare le esperienze aziendali più avanzate rispetto alla gestione del rischio clinico e alla promozione della cultura della sicurezza, che possano costituire un modello virtuoso per tutte le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)."

Razionale

"Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica analisi e verifica e conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza.

La promozione della cultura della sicurezza non deve essere solo una dichiarazione di intenti, ma deve prevedere una strategia sistematica di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze specifiche che comprenda anche la valutazione delle competenze professionali, sia tecniche che non tecniche.

La sostanziale attuazione di politiche efficaci per la sicurezza richiede una preliminare analisi per conoscere le condizioni di partenza e quindi un piano per agire sugli specifici aspetti di miglioramento.

L'implementazione di ogni progetto di cambiamento deve essere accompagnato dal monitoraggio e dalla valutazione al fine di individuare le migliori esperienze e le buone pratiche da mettere a disposizione e diffondere nel SSN."

(Rif. Intesa CSR 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

| Fase Ciclo PDCA | EVIDENZE | NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze |
|-----------------|----------|--|
|-----------------|----------|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p style="text-align: center;">PLAN</p> | <p>L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico; - la produzione e diffusione di buone pratiche; - lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi. | <p>Reg. Reg. n. 5/2019 Art. 8.5.1 "<i>Comunicazione</i>"</p> <p>Reg. Reg. n. 5/2019 Art. 8.6.4 "<i>Strategie sistemiche e di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze</i>"</p> |
|--|--|--|

Criterio 8 - UMANIZZAZIONE

Requisito 8.1D - Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza

Obiettivo

"L'obiettivo è di garantire che un'organizzazione sanitaria definisca le modalità e i contenuti attraverso i quali praticare una concreta "centralità del paziente" nelle attività assistenziali."

Razionale

"L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture sanitarie accreditate che attraversa trasversalmente tutti i criteri/fattori della qualità descritti nell'accreditamento istituzionale. Il concetto di centralità del paziente nei servizi sanitari è stato più volte affermato in questi anni nella normativa nazionale e regionale e i diritti dei pazienti e le Carte dei diritti sono al centro della attenzione dei singoli Paesi, del legislatore europeo e delle associazioni dei cittadini.

Attraverso questo concetto si enfatizza come i servizi sanitari debbano essere progettati ed erogati in modo da rispondere ai bisogni e alle preferenze del paziente, a principi di appropriatezza e secondo il criterio costo-efficacia."

(Rif. Intesa CSR 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

| Fase Ciclo PDCA | EVIDENZE | NOTE ESPLICATIVE |
|-----------------------|--|---|
| PLAN | <p>La Direzione ha definito e formalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un piano per lo sviluppo di attività assistenziali/organizzative orientate a migliorare l'accessibilità e l'accoglienza degli utenti (specificità linguistiche, culturali e religiose); - un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari (formazione degli operatori in materia di counselling, partecipazione del paziente al processo assistenziale in qualità di esperto, equipe multidisciplinari); - specifici requisiti riguardanti il confort delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per pazienti ed accompagnatori; - specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni; - protocolli linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari. | <p>Reg. Reg. n. 3/2005 e ss.mm.ii., Requisito A.01.08.01 "Finalità"</p> <p>Reg. Reg. n. 3/2005 e ss.mm.ii., Requisito A.01.06.01 "Requisiti"</p> <p>Reg. Reg. n. 3/2005 e ss.mm.ii., Requisito A.01.06.02 "Programmi di valutazione e miglioramento delle attività"</p> <p>Reg. Reg. n. 3/2005 e ss.mm.ii., Requisito A.01.06.05 "Formazione"</p> |