

Guida alla stesura di un “Manuale per l'accreditamento del Dipartimento/Struttura privata”

Premessa

Un “manuale della qualità” di struttura non è previsto fra i requisiti di accreditamento. E' noto tuttavia che esso è considerato in ambiente “ISO” uno strumento utile, sia per l'organizzazione del Sistema Qualità che per agevolare la visita di verifica, consentendo la raccolta ordinata della documentazione necessaria.

Si suggerisce pertanto la strada, non vincolante, di utilizzare lo strumento del “Manuale per l'Accreditamento” per la preparazione alle visite di verifica.

Si propone in questo sussidio uno schema di “manuale” organizzato seguendo i dieci elementi del Sistema Qualità presi in considerazione nei requisiti per l'accreditamento della Regione Emilia-Romagna.

Esso costituisce una sorta di contenitore a scomparti, uno per ogni elemento del modello regionale di accreditamento, entro il quale è descritto in breve come è gestito l'elemento e data evidenza allo stesso, richiamando i documenti di dettaglio che vengono di conseguenza organizzati. L'obiettivo è facilitare le organizzazioni dipartimentali delle Aziende Sanitarie pubbliche e private della Regione Emilia-Romagna, nel compito di descrivere il proprio Sistema Qualità e documentarlo adeguatamente. Ulteriore opportunità rappresentata dalla costruzione del manuale è che esso copre tutte le esigenze documentali collegate alla presentazione della domanda di accreditamento, fornendo nel contempo alcune evidenze immediate (rispetto ad esempio al Capitolo della “Politica” o della “Verifica dei risultati”). Esso costituirà un riferimento utile anche per i Valutatori indirizzandoli nell'acquisizione delle evidenze documentali.

In pratica si propone che il Manuale venga organizzato nei 10 elementi previsti dal Modello Regionale di accreditamento di cui alla Legge Regionale 34/98 e Delibera di Giunta Regionale 327/04. I richiami alla documentazione di riferimento saranno riportati in calce con la necessaria specificazione (titolo, capitolo/paragrafo e pagina). Le evidenze richieste nella visita di verifica, riportate in apposito spazio laterale in questo sussidio, saranno richiamate nel manuale.

Ogni punto/elemento del Manuale per l'Accreditamento prevede una descrizione delle modalità gestionali adottate nel dipartimento/struttura e/o nelle strutture complesse/articolazioni operative afferenti per far fronte al governo dell'elemento stesso (capitolo).

Il testo deve renderle comprensibili al lettore ma rispettare l'esigenza di un'assoluta concisione. Si precisa che i documenti di riferimento sono rappresentati dalla normativa nazionale e/o regionale, oppure sono atti o procedure aziendali che vincolano il comportamento delle articolazioni organizzative dell'Azienda (Dipartimento/Unità operativa).

Le evidenze documentali (esistono, infatti, altri tipi di evidenze), sono documenti “liberamente” prodotti dalle organizzazioni (Dipartimento/Unità operativa) e dimostrano l'applicazione del Sistema Qualità così come sarà descritto nel testo del manuale in riferimento al punto/elemento o requisito specifico.

Le evidenze proposte sono state scelte oculatamente in quanto fondamentali; dunque non sono esaustive di tutte le evidenze disponibili nella struttura in verifica o richiedibili dai valutatori.

Si è già detto che tali evidenze possono essere costituite dal manuale stesso; in altri casi non sono parte del manuale, in altri ancora, specificati, esse debbono essere allegate allo stesso.

In corsivo sono segnalati dei "MEMO" che hanno l'obiettivo di aiutare i compilatori a tenere presenti esigenze specifiche poste dai requisiti dell'accreditamento, ovvero delle "NOTE" che hanno lo scopo di guidare lo "stile" della compilazione del Manuale.

Nel presente sussidio alla compilazione del manuale sono contenuti, nel paragrafo "allegati", esempi di compilazione o modulistica che, nelle aziende dove è stata adottata, ha risolto esigenze documentali richieste dal modello di accreditamento dell' Emilia-Romagna.

Il gruppo di lavoro che ha contribuito a costruire questo sussidio è costituito da:

Sara Baruzzo, Miriam Bisagni, Lucia Bonucci, Renata Cinotti, Viola Damen, Vittorio Fabbri, Luisa Iannotti, Saverio Lovecchio, Bruna Magi, Enzo Pistocchi, Maria Ravelli.

Si ringrazia inoltre Raffaele Montefusco che ha revisionato la stesura finale.

Il documento è stato revisionato a seguito della recente normativa da Lucia Bonucci, Marcello Cellini, Giuseppe Iannini, Bruna Magi, Giovanni Sessa, Maria Ravelli e, in rappresentanza dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata della Regione Emilia-Romagna, da Manuela Campidelli e Averardo Orta.

*Renata Cinotti
Responsabile Area Accreditamento
Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna*

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Presentazione del Manuale	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

I N D I C E

PRESENTAZIONE DEL MANUALE.....	4
GENERALITÀ	4
DESCRIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE.....	4
LEGENDA DELLE SIGLE CHE SI UTILizzeranno	4
NOTE.....	4
MEMO.....	4
CAPITOLO 1 - POLITICA.....	6
MISSIONE E VISIONE DEL DIPARTIMENTO.....	6
OBIETTIVI GENERALI DEL DIPARTIMENTO/STRUTTURA.....	6
CAPITOLO 2 - PIANIFICAZIONE	8
ORGANIGRAMMA	8
ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ.....	8
PIANO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO/STRUTTURA.....	10
CAPITOLO 3 - COMUNICAZIONE.....	13
COMUNICAZIONE ESTERNA	13
COMUNICAZIONE INTERNA.....	14
CAPITOLO 4 - STRUTTURA.....	15
CAPITOLO 5 - ATTREZZATURE.....	16
CAPITOLO 6 - FORMAZIONE.....	17
INSERIMENTO, AFFIANCAMENTO, ADDESTRAMENTO.....	17
FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO	17
CAPITOLO 7 - SISTEMA INFORMATIVO.....	18
GESTIONE DEL DATO.....	18
GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE.....	18
CAPITOLO 8 - PROCEDURE.....	19
CAPITOLO 9 - VERIFICA DEI RISULTATI	20
CAPITOLO 10 - MIGLIORAMENTO	21
ALLEGATI	22

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Presentazione del Manuale	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

PRESENTAZIONE DEL MANUALE

Generalità

Il presente "MANUALE per l'ACCREDITAMENTO" del Dipartimento/Struttura dell'Azienda rappresenta un riferimento per l'attuazione del modello di Accreditamento della Regione Emilia Romagna e descrive il Sistema Qualità implementato nel Dipartimento/Struttura e nelle Unità Operative/Articolazioni operative ad esso afferenti.

Approvazione ed Emissione

Le sezioni di questo Manuale sono state lette, approvate ed emesse dal Responsabile del Dipartimento/Struttura dell'Azienda

Hanno partecipato attivamente alla progettazione e alla stesura di questo manuale (facoltativo): (es. RID, RAQ)

Revisione

Il Dipartimento deve descrivere come garantisce l'aggiornamento del manuale, l'informazione sulle modifiche effettuate e la sua diffusione.

Si riporta in allegato 1 un esempio di cartiglio per la gestione della emissione e delle revisioni dei documenti.

Memo: Le sezioni e i capitoli del "MANUALE PER L'ACCREDITAMENTO" sono riviste periodicamente e, se necessario, prima di ogni visita di verifica.

Descrizione dell'organizzazione

Descrivere, in sintesi, direzione, sede, articolazioni principali del Dipartimento/Struttura, storia e attività, specializzazioni, eventuali riconoscimenti.

Legenda delle sigle che si utilizzeranno

Es. RID: Responsabile Infermieristico Dipartimentale/Struttura

Es. RAQ: Responsabile Aziendale Qualità

Note

Memo

I documenti di riferimento, se non richiesti in allegato alla domanda di accreditamento (Allegato n. 4 DGR 327/04 che si riporta in allegato al presente sussidio), costituiscono la ulteriore documentazione che deve essere a disposizione durante la visita di verifica. Tali documenti devono riportare in modo puntuale (indicando ad esempio il Capitolo/Paragrafo e la pagina) il riferimento al requisito generale della check list del documentano l'evidenza.

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Presentazione del Manuale	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

Si intende per "Struttura" l'organizzazione che richiede l'accreditamento secondo le regole della normativa vigente in Emilia-Romagna. Una struttura può essere costituita da una o più articolazioni operative; anche una struttura costituita da 1 sola articolazione operativa ha funzioni trasversali e di line.

Nella stesura del manuale per l'accreditamento, si consiglia che il dipartimento/struttura si riferisca ai documenti dell'Agenzia Sanitaria dedicati all'accreditamento (Dossier in fase di pubblicazione, Sussidi, Glossario).

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 1 – Politica	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

CAPITOLO 1 - POLITICA

	Evidenze				
<p>Missione e Visione del Dipartimento</p> <p>Nel Manuale per l'Accreditamento il Dipartimento/Struttura deve riportare la propria missione e visione.</p> <p><i>Nota: se il documento riportante la missione e la visione del Dipartimento è molto ampio e dettagliato, nel Manuale per l'Accreditamento deve essere sintetizzato.</i></p> <p>Documenti di riferimento:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Aziende pubbliche</th> <th>Aziende private</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>❖ Atto aziendale</td> <td>❖ Statuto della società ❖ Stralci di delibere del consiglio di amministrazione</td> </tr> </tbody> </table>	Aziende pubbliche	Aziende private	❖ Atto aziendale	❖ Statuto della società ❖ Stralci di delibere del consiglio di amministrazione	<p>Manuale per l'Accreditamento</p>
Aziende pubbliche	Aziende private				
❖ Atto aziendale	❖ Statuto della società ❖ Stralci di delibere del consiglio di amministrazione				
<p>Obiettivi generali del Dipartimento/Struttura</p> <p>Nel Manuale per l'Accreditamento, il Dipartimento/Struttura deve descrivere in breve gli obiettivi strategici del Dipartimento/Struttura (garanzia e miglioramento).</p> <p><i>Nota 1: gli obiettivi generali del Dipartimento sono sia gli obiettivi generali aziendali 'calati' nel Dipartimento sia altri obiettivi generali di Dipartimento /Struttura coerenti con quelli definiti dalla direzione generali aziendale.</i></p> <p><i>Nota 2:: se il documento riportante gli obiettivi generali del Dipartimento/Struttura è molto ampio e dettagliato, nel Manuale per l'Accreditamento deve essere sintetizzato.</i></p> <p><i>Nota 3: se la struttura da accreditare coincide con l'azienda , oltre al Manuale, costituiscono evidenza anche i documenti di riferimento.</i></p>	<p>Manuale per l'Accreditamento Altri documenti</p>				

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 1 – Politica	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

Documenti di riferimento:

Aziende pubbliche	Aziende private
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Atto aziendale ❖ Piano Attuativo Locale (PAL) ❖ Piani strategici aziendali ❖ Bilancio di missione 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Statuto della società ❖ Stralci di delibere del consiglio di amministrazione ❖ Piano Attuativo Locale PAL ❖ Piani strategici aziendali ❖ Accordi di committenza tra Aziende private e Regione

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 2 – Pianificazione	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

CAPITOLO 2 - PIANIFICAZIONE

	Evidenze				
<p>Organigramma</p> <p>Il Dipartimento/Struttura deve riferirsi ad un documento che descrive l'assetto dell'organizzazione (staff e line).</p> <p><i>Nota: Si consiglia di mettere l'organigramma in un documento allegato al fine di poterlo modificare senza cambiare ogni volta il manuale.</i></p> <p>Documenti di riferimento:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Aziende pubbliche</th> <th>Aziende private</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Organigramma aziendale ❖ Atto aziendale </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Organigramma aziendale, quando la struttura non coincide con l'azienda ❖ Statuto della società ❖ Stralci di delibere del consiglio di amministrazione </td> </tr> </tbody> </table>	Aziende pubbliche	Aziende private	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Organigramma aziendale ❖ Atto aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Organigramma aziendale, quando la struttura non coincide con l'azienda ❖ Statuto della società ❖ Stralci di delibere del consiglio di amministrazione 	<p>Organigramma del Dipartimento/Struttura</p>
Aziende pubbliche	Aziende private				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Organigramma aziendale ❖ Atto aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Organigramma aziendale, quando la struttura non coincide con l'azienda ❖ Statuto della società ❖ Stralci di delibere del consiglio di amministrazione 				
<p>Attività e Responsabilità</p> <p>Il Dipartimento/Struttura deve elencare le macroattività di line (es. per le aziende private, il Raggruppamento medico o chirurgico) e trasversali (es. formazione, gestione delle tecnologie, comunicazione, qualità, sistema informativo, verifica dei risultati, miglioramento) e le conseguenti responsabilità delegate.</p> <p>L'Unità Operativa/Articolazione Operativa a sua volta deve elencare le macroattività di line in riferimento alle relative responsabilità delegate e alla necessità di definizione dei piani organizzativi. E' essenziale la definizione delle macroattività di articolazione operativa.</p> <p>Il Manuale deve riportare l'identificazione delle interfacce</p>	<p>Funzionigramma del Dipartimento/Struttura</p> <p>Funzionigramma delle U.O. /A.O. o Matrice delle responsabilità</p>				

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 2 – Pianificazione	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

operative interne ed esterne e la definizione dei punti di coordinamento e controllo delle attività.

Nota 1: Si raccomanda di sviluppare progressivamente la descrizione delle attività (comprese nelle macroattività) elencandole fino al dettaglio ritenuto opportuno.

Nota 2: Si consiglia di mettere il funzionigramma/matrice delle responsabilità in un documento allegato al fine di poterlo modificare senza cambiare ogni volta il manuale.

A titolo di esempio si riporta un funzionigramma/matrice delle responsabilità dell'Azienda Osp. di Reggio Emilia (Allegato 2).

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 2 – Pianificazione	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

	Evidenze
<p>Piano delle attività del Dipartimento/Struttura</p> <p>Nel Manuale per l'Accreditamento il Dipartimento/Struttura deve descrivere il processo di pianificazione annuale in riferimento alla pianificazione pluriennale.</p> <p>Il piano di attività deve comprendere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli obiettivi specifici da conseguire anche in riferimento agli standard di prodotto - la definizione e l'allocazione delle risorse economiche, umane, tecnologiche (es. budget) - la tipologia (catalogo dei prodotti) e il volume di attività previste - i piani organizzativi - i punti e le modalità di verifica adottate e i relativi indicatori. <p><i>Nota: E' consigliabile che il piano di verifica venga sintetizzato e descritto in riferimento al cap. 9 del Manuale di Accreditamento.</i></p> <p>Documenti di riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Documento di pianificazione pluriennale (PAL, ...) <p><u>Obiettivi specifici del Dipartimento</u></p> <p>Sono obiettivi di breve periodo, comprendono gli obiettivi specifici e gli obiettivi delle Unità Operative. Tali obiettivi devono essere coerenti con gli obiettivi generali contenuti nella politica.</p> <p><i>Memo: Occorre che gli obiettivi siano descritti sotto forma di elenco sintetico utile anche per la presentazione della domanda di accreditamento o la richiesta di visita di verifica. Gli obiettivi annuali del Dipartimento vanno descritti in documenti allegati al manuale.</i></p>	<p>Documento di pianificazione annuale, riaccordato alla pianificazione pluriennale (es. per le strutture private, verbali del consiglio di amministrazione, nota integrativa al bilancio, piano integrativo della qualità)</p> <p><i>Memo: Il documento deve riprendere gli obiettivi generali (pluriennali) e temporizzarli in riferimento agli obiettivi annuali. Può essere costituito da una scheda allegata al documento di budget.</i></p> <p>Documento di pianificazione annuale (es. budget)</p> <p>Per tutti gli elementi non contenuti nel budget (es. piani organizzativi), produrre evidenza.</p> <p>Documento di budget del Dipartimento se contiene tutti gli elementi necessari, altrimenti deve esistere un documento nel quale siano riportati gli elementi mancanti</p>

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 2 – Pianificazione	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

Documenti di riferimento:

Aziende pubbliche	Aziende private
❖ Documenti di pianificazione (es. Budget)	❖ Documenti di pianificazione (es. Budget, Piani operativi, nota integrativa al bilancio, piano integrativo della qualità)

Catalogo dei prodotti

Nel Manuale per l'Accreditamento il **Dipartimento/Struttura** deve descrivere l'elenco dei servizi/prestazioni organizzati per macroattività in riferimento alle singole Unità Operative/Articolazioni Operative. I prodotti/servizi sono letti prevalentemente dalla parte del paziente. A titolo di esempio si riporta la classificazione prodotta per 2 dipartimenti (ospedaliera e territoriale) dall'Azienda Usl di Piacenza (Allegato 3).

Nota: Questo approccio consente la standardizzazione dei prodotti e quindi la possibilità di confronti interaziendali.

Documenti di riferimento:

- ❖ Budget
- ❖ Altri documenti

Piani organizzativi

Il Manuale per l'Accreditamento deve rimandare ai piani organizzativi delle Unità Operative/Articolazioni Operative. Essi costituiscono evidenze nella visita di verifica. Sono **responsabilità delle singole Unità Operative/Articolazioni Operative**; fanno riferimento alle macroattività di linee.

Standard di prodotto

La definizione degli standard di prodotto è **responsabilità delle Unità Operative/Articolazioni Operative** che li elaborano conto tenuto delle indicazioni regionali, aziendali e dipartimentali o della struttura. Loro responsabilità è anche la valutazione periodica degli standard dichiarati.

Nota: Per descrivere gli standard di prodotto le U.O. possono

ASR – La riproduzione è consentita citando la fonte

Catalogo dei prodotti

- ◆ turni di lavoro (orari di lavoro e macroattività svolte in tali orari),
- ◆ articolazione delle attività nella settimana/mese,
- ◆ disposizioni in merito all'utilizzo delle risorse (umane, logistiche, strumentali)
- ◆ Standard di prodotto delle U.O./A.O.

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 2 – Pianificazione	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

utilizzare una scheda (es. scheda elaborata dall'Azienda Osp. di Reggio Emilia e riportata nell'Allegato 4).

I requisiti/fattori di qualità da declinare nello standard sono quelli di cui alla Collana Dossier della Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna, in fase di pubblicazione, e altri stabiliti a livello aziendale/dipartimentale.

Il livello dipartimentale/la struttura raccoglie gli standard di prodotto elaborati dalle Unità Operative/Articolazioni Operative e li organizza nella "offerta del dipartimento/struttura" descritta nel Manuale per l'Accreditamento.

Nel Manuale deve essere descritto come il Dipartimento/Struttura governa l'offerta (individuazione di prodotti critici o di requisiti/fattori di qualità da introdurre negli standard).

Il Dipartimento/Struttura descrive inoltre le modalità di valutazione degli standard (vedi anche capitolo 9: Verifica dei risultati).

Documenti di riferimento:

- ❖ Carta dei Servizi, parte terza Impegni e standard (se dovuta)
- ❖ Altri documenti

- ◆ "Offerta del Dipartimento/Struttura" descritta nel Manuale

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 3 Comunicazione	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

CAPITOLO 3 - COMUNICAZIONE

	Evidenze
<p>Comunicazione esterna</p> <p>Il Dipartimento/Struttura, nel Manuale per l'Accreditamento, deve esplicitare le modalità di utilizzo dinamico della Carta dei Servizi (se dovuta) non solo in riferimento alla sua diffusione (es. strumenti informativi sintetici) ma soprattutto alle attività intraprese per un suo miglioramento (vedere anche il punto 9.2-b dei requisiti di accreditamento - verifica dei risultati).</p> <p>Documenti di riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Carta dei Servizi, parte terza Impegni e Standard (se dovuta) ❖ Altri documenti <p>Deve esistere una modalità documentata cui il Manuale deve fare riferimento per la comunicazione con i pazienti/utenti, nel rispetto della privacy, circa le condizioni cliniche e i trattamenti previsti.</p> <p>Il Manuale per l'Accreditamento deve esplicitare le modalità e gli strumenti di informazione e ascolto degli utenti.</p> <p>Il Manuale deve inoltre fare riferimento ai segnali di soddisfazione del servizio, anche in riferimento all'attività degli URP, e alle modalità adottate per l'informazione degli utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documenti di revisione della Carta dei Servizi in riferimento alla parte terza • Modalità documentate di comunicazione con i pazienti • Strumenti informativi sintetici a disposizione dei cittadini sulle prestazioni erogate e sulle modalità di prenotazione e accesso. • Procedura gestione reclami • Report per gli utenti dei risultati generali delle indagini di soddisfazione

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 3 Comunicazione	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

Comunicazione interna

Il significato della comunicazione interna è l'allineamento degli operatori agli obiettivi organizzativi e di qualità al fine di garantire i risultati previsti.

Nel Manuale per l'Accreditamento il **Dipartimento/Struttura** descrive le modalità adottate per realizzare un'efficace comunicazione interna.

Evidenze

Danno evidenza alla comunicazione interna:

- ◆ l'esistenza di documentazione della attività di comunicazione del Dipartimento/Struttura e delle singole U.O./A.O. (convocazioni, verbali, relazioni di gruppi di lavoro);
- ◆ l'esistenza di documentazione di percorsi particolari (es. Carta dei Servizi), di progettazione di servizi o attività, di raccolta dei suggerimenti/sperimentazione di cambiamenti organizzativi
- ◆ evidenza della diffusione dei documenti aziendali

Le evidenze devono essere fornite sia dal livello dipartimentale/struttura che di Unità Operativa/Articolazione Operativa, ciascuno per quanto di propria competenza.

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 4 – Struttura	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

CAPITOLO 4 - STRUTTURA

	Evidenze
Nel Manuale per l'Accreditamento il Dipartimento deve fare esplicito riferimento al documento autorizzativo.	Documento autorizzativo Tutte le evidenze previste dalla normativa vigente devono essere possedute dalla struttura a livello delle articolazioni operative dei competenti uffici aziendali, secondo una chiara assegnazione aziendale.

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 5 – Attrezzature	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

CAPITOLO 5 - ATTREZZATURE

	Evidenze
<p>Il Dipartimento/Struttura descrive sinteticamente sul Manuale per l'Accreditamento le modalità che adotta, anche con il contributo del personale, per definire i bisogni e programmare gli acquisti e la gestione delle attrezzature Tali modalità devono fare riferimento alla pianificazione aziendale e alle procedure aziendali pertinenti.</p> <p><i>Memo:</i> <u>Manutenzione preventiva:</u> <i>Interventi definiti da un protocollo o indicati nella documentazione tecnica del produttore dell'apparecchiatura.</i> <u>Manutenzione correttiva:</u> <i>Sono tutte quelle attività tecniche indirizzate, a seguito della rilevazione di un'avaria, a riportare un'apparecchiatura nello stato in cui possa eseguire la funzione richiesta.</i> <u>Manutenzione ordinaria:</u> <i>Interventi definiti da un protocollo o indicati nella documentazione tecnica del produttore dell'apparecchiatura a carico dell'utilizzatore dell'apparecchiatura stessa.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Piano degli acquisti con procedura di selezione e valutazione dei fornitori; schede budget • Scheda di rilevazione dei bisogni di acquisto, che tenga conto del contributo del personale • Scheda apparecchiatura (collaudo, verifiche di adeguatezza, di idoneità all'uso) • Piano di manutenzione preventiva e correttiva • Piano di formazione del personale all'uso delle apparecchiature e alla manutenzione

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 6 – Formazione	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

CAPITOLO 6 - FORMAZIONE

	Evidenze
<p>Inserimento, affiancamento, addestramento</p> <p>Nel Manuale per l'Accreditamento il Dipartimento/Struttura deve descrivere le attività e dare evidenza delle modalità di inserimento, affiancamento e addestramento del personale, inclusa anche la valutazione finale.</p> <p>A titolo di esempio si riportano schede per la valutazione del processo di inserimento di dirigenti medici/IP/tecnici neo assunti nel dipartimento di Area Critica dell'Azienda Osp. di Reggio Emilia (Allegato 5).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Piano di affiancamento/inserimento aziendale o dipartimentale • Relazioni, registrazioni, verbali, ecc. • Schede di valutazione <p>L'Unità operativa/Articolazione Operativa deve dare evidenza del piano di inserimento, affiancamento e addestramento in riferimento alle proprie specificità e al piano aziendale o dipartimentale.</p>
<p>Formazione e Aggiornamento</p> <p>Nel Manuale per l'Accreditamento il Dipartimento/Struttura deve provvedere ad una breve descrizione e richiamare i contenuti del Piano annuale della formazione in merito alle modalità di governo del processo di formazione (incluse le necessità di qualifica) e di coinvolgimento del personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analisi del fabbisogno/esigenze formative; - pianificazione della formazione; - modalità di registrazione ed attestazione (incluse le qualifiche eventuali); - controllo degli interventi formativi (interni/esterni) e verifica di soddisfazione ed efficacia; - condivisione delle conoscenze acquisite; - disponibilità di accesso alle fonti di informazione tecnico-scientifica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione delle responsabilità per la formazione (vedi Funzionigramma Cap. 2) • Piano annuale della formazione (PAF) dipartimentale/struttura • Relazioni, registrazioni, verbali, ecc.

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 7 – Sistema informativo	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		DATA ULTIMA REVISIONE

CAPITOLO 7 - SISTEMA INFORMATIVO

	Evidenze
<p>Gestione del dato</p> <p>In riferimento a quanto richiesto dagli obiettivi della pianificazione e in riferimento alle attività per la valutazione, il Dipartimento/Struttura nel Manuale per l'Accreditamento deve descrivere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. le modalità di verifica di validità del sistema raccolta dati rispetto agli obiettivi dipartimentali/aziendali 2. le modalità di coinvolgimento e conoscenza del personale nella raccolta e utilizzo dei dati. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reportistica adeguata per tenere sotto controllo gli obiettivi della pianificazione • Schede di raccolta dati a livello dipartimentale/struttura o di unità operativa/articolazione operativa, relazioni, ecc. • Strumento che identifichi la conoscenza e la responsabilità nella gestione dei dati
<p>Gestione della documentazione</p> <p>In riferimento alla procedura di gestione della documentazione, il Dipartimento/Struttura nel Manuale per l'Accreditamento deve prevedere:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. la classificazione dei documenti; b. le responsabilità e le regole di approvazione; c. le modalità di diffusione e di rintracciabilità. <p>L'Unità operativa/Articolazione operativa dovrà possedere il proprio elenco dei documenti fondamentali</p>	<p>Procedura di gestione della documentazione, regolamento</p> <p>Elenco dei documenti fondamentali</p>

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 8 – Procedure	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		DATA ULTIMA REVISIONE
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		

CAPITOLO 8 – PROCEDURE

	Evidenze
Nel Manuale per l'Accreditamento il Dipartimento/Struttura deve indicare l'elenco delle procedure applicabili del modello di accreditamento, catalogandole secondo il livello di emissione. Deve inoltre riportare in allegato gli elenchi, organizzati per Unità Operativa/Articolazione Operativa , delle procedure per l'erogazione del servizio.	Procedure elencate nel Manuale

*Nota: 1. Si consiglia di riferire le procedure al requisito delle check list da soddisfare,
2. a tal fine si suggerisce il seguente schema:*

Livello di applicazione	Titolo procedura	Requisito da soddisfare
Procedura aziendale	1	
...	2	
...	...	
	n	
Procedura dipartimentale/struttura	1	
...	2	
...	...	
	n	
Procedura di U.O./A.O.:	1	
...	2	
...	...	
	n	

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 9 – Verifica dei risultati	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA		
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		DATA ULTIMA REVISIONE

CAPITOLO 9 – VERIFICA DEI RISULTATI

	Evidenze
<p>Nel Manuale per l'Accreditamento il Dipartimento/Struttura deve descrivere in breve, richiamando il piano di verifica periodica, come governa:</p> <p>a) il monitoraggio/verifica del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici annuali stabiliti nella pianificazione aziendale, di dipartimento/struttura e delle U.O./A.O. se non coincidenti (es. nel budget, nei progetti di miglioramento, nel piano delle attività, ecc.);</p> <p>b) valutazione documentata della attività annuale pianificata con gli indicatori di processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ risorse umane e strumentali ◆ impegni derivanti dalla Carta dei Servizi ◆ soddisfazione degli utenti e reclami ◆ clima organizzativo ◆ appropriatezza/continuità assistenziale <p>c) il monitoraggio/verifica dei risultati rispetto agli standard stabiliti (qualità professionale).</p>	<p>Definizione delle responsabilità per la verifica dei risultati (vedi Funzionigramma Cap. 2)</p> <p>Report relativo al monitoraggio delle attività comprensivo dei diversi punti previsti dal requisito</p> <p>Relazione annuale o sintesi dipartimentale sull'analisi dei dati dell'esercizio precedente</p> <p>Audit interni organizzativi e clinici</p> <p>Audit esterni</p> <p>Benchmarking professionali</p> <p>Analisi dei reclami</p> <p>Indagini di clima</p> <p>Analisi dei rischi</p> <p>Monitoraggio degli Standard di prodotto, Analisi andamenti fornitori</p> <p>Gestione di azioni correttive e preventive</p> <p>Le evidenze dovranno essere prodotte sia dal Dipartimento che dalle Unità operative, ognuno per quanto di propria pertinenza.</p>
<p>Deve inoltre descrivere le modalità di coinvolgimento e discussione dei risultati delle verifiche con il personale del dipartimento/struttura e all'esterno con i principali referenti.</p> <p><i>Nota: La valutazione sulla appropriatezza/continuità assistenziale comprende la appropriatezza clinica, le modalità assistenziali, tempi, percorsi clinico-assistenziali, Lea, indicazioni presenti nel contratto di fornitura, ecc.</i></p>	

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE Capitolo 10 – Miglioramento	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO//RESPONSABILE STRUTTURA		
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		DATA ULTIMA REVISIONE

CAPITOLO 10 - MIGLIORAMENTO

	Evidenze
Nel Manuale per l'Accreditamento il Dipartimento/Struttura deve descrivere come utilizza le informazioni che provengono dalla valutazione delle Unità operative/Articolazioni operative e del dipartimento/struttura stesso per effettuare azioni di miglioramento formalizzate e come monitorizza i risultati ottenuti a livello di erogazione del servizio all'interno delle U.O./A.O.	<p>Definizione delle responsabilità per il miglioramento (vedi Funzionigramma Cap. 2)</p> <p>Progetti di miglioramento conclusi o in corso, piano di miglioramento. Relazione/verbale</p> <p><i>Memo:</i> <i>perché i progetti per il miglioramento possano definirsi "formalizzati" devono esistere evidenze scritte di:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>a. analisi dei dati di partenza;</i> <i>b. obiettivi/risultati attesi;</i> <i>c. fasi, tempi di progetto e indicatori per il monitoraggio;</i> <i>d. a conclusione, risultati conseguiti;</i> <i>e. implementazione di eventuali azioni correttive, preventive e di miglioramento.</i>

ALLEGATI

ALLA GUIDA DEL MANUALE PER L'ACCREDITAMENTO

Allegato 1 - Cartiglio per la gestione delle revisioni dei documenti (AUSL FO)

Allegato 2 - Matrice delle Responsabilità (AOSP RE)

Allegato 3 - Catalogo dei prodotti (AUSL PC)

Allegato 4 - Schede standard di prodotto/servizio (AOSP RE)

Allegato 5 - Schede per la valutazione del processo di inserimento di dirigenti medici/IP/tecnici neo assunti nel dipartimento di Area Critica (AOSP RE)

Allegato 1 - Cartiglio per la gestione delle revisioni dei documenti (AUSL FO Ufficio Qualità)

EMISSIONE REVISIONE SEZIONE	DATA	REDATTA DA (es. RAQ)	APPROVATA DA (es. DIRETTORE DIPARTIMENTO)	PARAGRAFO REVISIONATO n°	PAGINA REVISIONATA n°	MOTIVO
						(es. introduzione nuova normativa)

Allegato 2 - Matrice delle Responsabilità (AOSP RE Ufficio Sviluppo Organizzativo)

DIPARTIMENTO _____ UNITA OPERATIVA DI NEUROLOGIA DIRETTORE Dott. _____

Data di emissione _____ Data di revisione _____

MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DELEGATE

DIRIGENTI MEDICI DI PRIMO LIVELLO MEDICO CONVENZ TECNICI NFS OPERAT PROF I.	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Op. prof. Coordin.	I. P. Collab. Coord.	I. P. Collab Coord.	Collab. Coordina.	I.P.Collaborato ri	TECNICI N F	
PRINCIPALI FUNZIONI																	
DEGENZA UOMINI				R	C					C	C		C		10		
DEGENZA DONNE	C	R					C			C	C	C			11		
DEGENZA MISTO			C			R		C		C							
DAY HOSPITAL -D.S.	C	C	C	C	C	C	C	C	R	C					C		
NEUROFISIOLOGIA EMG ENG						R		C								C	
NEUROFISIOLOGIA EEG	C	C	C	C	C	R	C	C	C							C	
CENTRO CEFALEE		R							C								
CENTRO EPILESSIA	R						C										
CENTRO EXTRAPIRAMIDALE								R									
CENTRO M. AUTOIMMUNI						R											
CENTRO M. VASCOLARI				R													
CENTRO NEUROMUSCOLARE				R													
LABOR NEUROPSICOLOGIA			R														
NEUROSONOLOGIA				C	R												
GESTIONE DEGENZA NCH		R															

Preparato da: _____ Dott. _____

Allegato 3 - Catalogo dei prodotti (AUSL PC Ufficio Sviluppo Organizzativo)

DIPARTIMENTO DELL'AREA CHIRURGICA - Presidio Ospedaliero della Val d'Arda

UU.OO. PRODOTTI	U.O. CHIRURGIA + O.R.L.		U.O. ORTOPEDIA + P.A.R.E.
	U.O. CHIRURGIA (Fiorenzuola + Cortemag.)	U.O. ORL (Cortemaggiore)	
Visita specialistica (rivolta all'esterno) Criteri: - specificare per branche specialistiche	<ul style="list-style-type: none"> - chirurgia generale - chirurgia gastroenterologica - chirurgia fiebologica e vascolare - chirurgia plastica e ricostruttiva - chirurgia senologica - chirurgia endocrinologica 	<ul style="list-style-type: none"> - rinologica - otovestibologica - laringologica - allergologica + prick test - otorinolaringoiatrica + irrigazione dell'orecchio - collaudo protesi - controllo protesico elettroacustico - studio funzionalità tubarica e vestibolare 	<ul style="list-style-type: none"> - ortopedica e traumatologica: - anca; ginocchio; piede; spalla; rachide - ortopedica e traumatologica su richiesta urgente da parte dei MMG
Consulenza (rivolta all'interno) Criteri: - specificare per branche specialistiche	<ul style="list-style-type: none"> - chirurgia generale - chirurgia gastroenterologica - chirurgia fiebologica e vascolare - chirurgia plastica e ricostruttiva - chirurgia senologica - chirurgia endocrinologica 	<ul style="list-style-type: none"> - otorinolaringoiatrica 	<ul style="list-style-type: none"> - ortopedica - traumatologica
Specialistica Strumentale e altre prestazioni Criteri: -specificare in funzione della strumentazione utilizzata	<ul style="list-style-type: none"> - endoscopie digestive diagnostiche ed operative - biopsie endoscopiche - biopsie ecoguidate - agoaspirato - ecocolor doppler (per diagnostica vascolare) - ecografie - fotopletismografie - pletismografia ad occlusione venosa e ad impedenza - piccola chirurgia ambulatoriale - breath test - bendaggio alla colla di zinco di gamba e piede - reografia a luce riflessa - flebodinamometria - refilling time (studio del reflusso venoso e dell'ostacolato deflusso venoso) 	<ul style="list-style-type: none"> - endoscopia delle alte vie respiratorie (VADS) - laringoscopia - otomicroscopia - esame audiometrico tonale - vestibologia - rimozione di corpo estraneo intraluminale dall'orecchio - elettroterapia antalgica e per gli acufeni - esame impedenzometrico - controllo di epistassi mediante tamponamento nasale anteriore - esame vocale audiometrico - manovra di semont - patch test - screening allergologico per inalanti - immunizzazione per allergeni - potenziali evocati vocali - potenziali evocati del nervo acustico (ABR) 	<ul style="list-style-type: none"> - sostituzione non operatoria di sussidio per il sistema muscolo-scheletrico - rimozione di dispositivo esterno di immobilizzazione - terapia fisica: elettroterapia, magnetoterapia, ultrasuonoterapia, trazioni scheletriche, ionoforesi - rieducazione motoria - rieducazione posturale del rachide - bendaggi funzionali - confezionamento apparecchi gessati - artrocentesi - piccola chirurgia ambulatoriale

Allegato 3 - Catalogo dei prodotti (AUSL PC Ufficio Sviluppo Organizzativo)

DIPARTIMENTO DELL'AREA CHIRURGICA - Presidio Ospedaliero della Val d'Arda

UU.OO. PRODOTTI	U.O. CHIRURGIA+ O.R.L.		U.O. ORTOPEDIA
	U.O. CHIRURGIA (Fiorenzuola + Cortemag.)	U.O. ORL (Cortemaggiore)	
Day Hospital Criteri: - indicazioni regionali - tipologia: diagnostico /terapeutico /chirurgico	Terapeutico e Diagnostico: - DRG Chirurgici Day-Surgery per: - legatura di vene e stripping - trapianti di cute e/o asportazione - fimosi - ernia inguinale - ernia femorale - trapianto di cute per trauma - biopsia ed escissione locale della mammella - malattie delle vie biliari	Chirurgico : - microchirurgia laringea - asportazione piccole neoformazioni di laringe, cavo orale, faringe - asportazione neoformazioni con biopsia - piccola chirurgia di: orecchio-naso-capo-collo - otomicroscopia Diagnostico e Terapeutico : - tumori benigni dell'apparato orofaringeo - turbe dell'equilibrio - epistassi	Chirurgico: - sindrome del tunnel carpale - piccole patologie mano e polso interessanti la sinovia, i tendini, le borse - rimozione di protesi endomidollari minori - interventi su tessuti molli Riabilitativo: motorio per patologie ortopediche e traumatologiche post-chirurgiche
Ricovero Criteri: - urgente - programmato (indicare per quale patologia)	- Urgente - Programmato: one-day-surgery e degenza breve (2-5 giorni) per chirurgia prevalentemente di: ernie-varici-proctologia-patologia mammaria-amputazioni di arti-ipertirodismi-patologie di superficie	- Urgente: patologia tumorale, processi acuti cavo orale, labirintite acuta, ipoacusia improvvisa, traumi - Programmato: patologie otovestibologico, laringologico, rinologico, vestibologico, laterocervicale	- Urgente: Traumatologico Ortopedico - Programmato: Traumatologico Ortopedico - Post Acuzie
Trattamento riabilitativo: Criterio: -specificare in funzione della tipologia		- Rieducazione vestibolare - Manovra di Barbecue - Esercizi vestibolari	- Trattamento riabilitativo postchirurgico intervento ortopedico e traumatologico
Interventi educativi Criteri: - per pazienti o familiari - strutturati e ripetitivi	Educazione sanitaria dopo interventi invalidanti	- Gestione continuativa a domicilio della tracheostomia - Educazione comportamentale dopo intervento di adenotonsillectomia	

Allegato 3 - Catalogo dei prodotti (AUSL PC Ufficio Sviluppo Organizzativo)

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

	U.O. SPDC	A CHI	DOVE	QUANDO	MODALITA' DI ACCESSO
ATTIVITA' AMBULATORIALE SPECIALISTICA					
CONSULENZA (Rivolta all'interno)	1) Consulenza al Pronto Soccorso 2) Consulenza urgente ai reparti ospedalieri	U.O. Pronto Soccorso UU.OO. Ospedaliere	Sede U.O. Pronto Soccorso Sede UU.OO. ospedaliere richiedenti	Ore 8 - 20 (Lunedì - Venerdì), ore 8 - 14 (Sabato) Ore 8 - 20 (Lunedì - Venerdì), ore 8 - 14 (Sabato)	Richiesta Medico Pronto Soccorso Richiesta Medico UU.OO.
DAY HOSPITAL					
RICOVERO	1) Percorso diagnostico-terapeutico per pazienti in situazione di urgenza psichiatrica	- Medico Psichiatra DASM - Medico Pronto Soccorso	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura – Piacenza - Via Taverna, 49	24 ore su 24	Su richiesta Medico Psichiatra DASM e Medico di Pronto Soccorso
TRATTAMENTO RIABILITATIVO					
INTERVENTI EDUCATIVI					

**Allegato 4 - Griglie per la definizione degli standard di prodotto/servizio
(AOSP RE Ufficio Sviluppo Organizzativo)**

Selezione dei prodotti-servizi prioritari

Fattori di selezione	Prodotto/Servizio 1:	Prodotto/Servizio 2:	Prodotto/Servizio n:
	_____	_____	_____
Totale			

Scala di valutazione:
0 = non prioritario
5 = massima priorità

Selezione dei requisiti di qualità rilevanti

Prodotto - servizio _____

Requisiti di qualità	Importanza dal punto di vista della			
	Qualità clinica	Qualità percepita dall'utente	Qualità dell'organizzazione	TOTALE

Scala di valutazione:
0 = non prioritario
5 = massima priorità

Requisito di qualità, indicatore e standard

Prodotto - servizio _____

Requisito di qualità	
Definizione	
Indicatore	
Standard	

Modalità di rilevazione e fonte dei dati	
Periodicità di rilevazione e Responsabile	
Periodicità di elaborazione e Responsabile	

Allegato 5 - Schede per la valutazione del processo di inserimento di dirigenti medici/IP/tecnici neo assunti nel dipartimento di Area Critica (AOSP RE Ufficio Sviluppo Organizzativo)



Dipartimento di Area Critica
Direttore: Dr. Umberto Guiducci

VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI INSERIMENTO NUOVI DIRIGENTI MEDICI

Il Dr.
assegnato alla U.O. di
Viene affidato per l'inserimento al Dr.

Data Il Direttore della UO

Valutazione dopo la 1^a settimana

- Conosce missione e visione del Dipartimento
- Conosce le figure professionali presenti nell'U.O. e le loro attività
- Conosce la pianificazione e la strutturazioni oraria del servizio della UO
- Conosce gli spazi della struttura
- Conosce la dislocazione delle apparecchiature in uso, conosce l'utilizzo degli specifici modelli disponibili
- Conosce le modalità di intervento specialistico presso altre U.O. (procedura di interfaccia)
- Conosce la modulistica in uso
- Conosce la cartella clinica in uso
- Conosce i protocolli diagnostico terapeutici utilizzati

Può essere avviato alla Fase 2 - Autonomia supportata

Data Il Medico di Riferimento Il Direttore

parte B

Valutazione del Può essere inserito in completa autonomia ?

SI

NO Prosegue in autonomia supportata ancora fino al

Il Medico di Riferimento Il Direttore

parte B 1

Valutazione del Può essere inserito in completa autonomia ?

SI

NO Prosegue in autonomia supportata ancora fino al

Il Medico di Riferimento Il Direttore

Allegato 5 - Schede per la valutazione del processo di inserimento di dirigenti medici/IP/tecnici neo assunti nel dipartimento di Area Critica (AOSP RE Ufficio Sviluppo Organizzativo)



Dipartimento di Area Critica
Direttore: Dr. Umberto Guiducci

Dipartimento di Area Critica
Scheda (1) di valutazione dell' IP/tecnico neo assunto-neo inserito

Nome e Cognome	Periodo di verifica

Valutazione dopo 7 giorni	Autovalutazione	Valutazione del Referente
Gestisce la propria sicurezza con l'igiene personale e utilizza i presidi di prevenzione.	A B C D E	A B C D E
Conosce le finalità del servizio	A B C D E	A B C D E
Riconosce le figure professionali che ruotano nel reparto.	A B C D E	A B C D E
Conosce la turnistica.	A B C D E	A B C D E
Conosce gli spazi del reparto e tutte le zone operative.	A B C D E	A B C D E
Conosce la dislocazione del materiale e delle apparecchiature in uso comune e d'urgenza	A B C D E	A B C D E
Ha appreso la compilazione della modulistica, della scheda o cartella infermieristica	A B C D E	A B C D E
Sa come e quando riordinare l'unità del malato.	A B C D E	A B C D E
Conosce il protocollo d'igiene e di mobilità del paziente	A B C D E	A B C D E
<i>E' in grado di somministrare la terapia ed eseguire i prelievi venosi (solo IP)</i>	A B C D E	A B C D E
Prende visione autonomamente dei protocolli dell'unità operativa.	A B C D E	A B C D E
Conosce le modalità di riordino del materiale inviato alla sterilizzazione	A B C D E	A B C D E
Conosce le modalità di smaltimento rifiuti e biancheria.	A B C D E	A B C D E
Ha preso visione del manuale di accreditamento e della politica del Dipartimento, dell'organigramma e delle responsabilità delegate	A B C D E	A B C D E

Note:.....
.....

Firma Neo assunto

Data.....

IP referente

Capo sala

Allegato 5 - Schede per la valutazione del processo di inserimento di dirigenti medici/IP/tecnici neo assunti nel dipartimento di Area Critica (AOSP RE Ufficio Sviluppo Organizzativo)



Dipartimento di Area Critica
Scheda (2) di valutazione dell' IP neo assunto-neo inserito

Nome e Cognome	Periodo di verifica

Valutazione dopo 45 giorni	Autovalutazione	Valutazione del Referente
Gestire autonomamente la visita medica (escluso Le urgenze)	A B C D E	A B C D E
E' in grado di valutare nell'utente le condizioni generali.	A B C D E	A B C D E
Compila autonomamente la modulistica scheda / cartella infermieristica.	A B C D E	A B C D E
Informa correttamente l'utente riguardo il suo iter diagnostico terapeutico.	A B C D E	A B C D E
Conosce l'ubicazione del materiale e delle apparecchiature in uso comune e d'urgenza	A B C D E	A B C D E
Posiziona correttamente i presidi in uso del reparto.	A B C D E	A B C D E
Monitorizza correttamente il paziente e riconosce I livelli d'allarme.	A B C D E	A B C D E
E' in grado di utilizzare il computer e di attivare le procedure per l'accettazione SMS.	A B C D E	A B C D E
Ha stabilito buoni rapporti coi colleghi e con le altre figure che operano nelle U.O.	A B C D E	A B C D E

Note:.....
.....

Firma Neo assunto

Data.....

IP referente

Capo sala

Allegato 5 - Schede per la valutazione del processo di inserimento di dirigenti medici/IP/tecnici neo assunti nel dipartimento di Area Critica (AOSP RE Ufficio Sviluppo Organizzativo)



Dipartimento di Area Critica
Direttore: Dr. Umberto Guiducci

**Dipartimento di Area Critica
Scheda (3) di valutazione dell' IP neo assunto-neo inserito**

Nome e Cognome	Periodo di verifica

Valutazione dopo 90 giorni	Autovalutazione	Valutazione del Referente
Gestire autonomamente il paziente critico	A B C D E	A B C D E
Conosce ed utilizza i protocolli e le procedure in uso nel reparto.	A B C D E	A B C D E
Evidenzia i fabbisogni di farmacia.	A B C D E	A B C D E
Evidenzia i fabbisogni di materiale sanitario.	A B C D E	A B C D E
Conosce ed applica tutte le procedure.	A B C D E	A B C D E
Gestisce le urgenze sia di tipo chirurgico che medico.	A B C D E	A B C D E
Si rapporta correttamente con l'équipe e l'utenza.	A B C D E	A B C D E

Note:.....

.....

Firma Neo assunto

Data.....

IP referente

Capo sala