

1. ORGANIZZAZIONE E STRUTTURA

1.1. Organizzazione Generale

1.2. Struttura

1.3. Manutenzione e sicurezza

1.4. Organigramma e funzionigramma

1.1 Organizzazione Generale

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
1.1.1	4.2.2 5.1 5.3	B	Vi è un documento scritto e aggiornato che specifica: <ul style="list-style-type: none">◆ la missione (il fine, gli scopi generali) della Unità Operativa (U.O.)◆ le categorie di utenti prioritari a cui intende rivolgersi◆ le prestazioni e i servizi principali che essa intende fornire◆ il modello di assistenza a cui fa riferimento.	<i>Il documento deve essere stato approvato da non più di 5 anni e deve trattare almeno 3 dei 4 punti elencati.</i>
1.1.2	5.1 5.4.1 5.4.2	A	Vi è un documento che specifica le linee di sviluppo dell' U.O. e quello che si propone di fare a medio termine (piano strategico a 3-5 anni).	
1.1.3	7.1 7.2.1 7.3.1 7.3.4 8.2.3 8.3.4	B	L'U.O. definisce un piano di lavoro annuale che contiene obiettivi misurabili.	
1.1.4	6.1 6.2.1 6.2.2	B	Vi è un organigramma ed un funzionigramma scritto della U.O.	<i>Vedi le relative sezioni.</i>
1.1.5	5.5.3 5.6.3 7.3.4 7.3.5 7.3.6 8.4	A	Viene redatta ogni anno una relazione che descrive le attività svolte, i costi sostenuti e il grado di raggiungimento degli obiettivi.	<i>Sono utilizzati indicatori per il monitoraggio delle attività</i>
1.1.6	7.3.4 7.3.5 7.3.6	B	Gli obiettivi sono riesaminati a scadenze prefissate e comunque ogni volta che è necessario.	

1.2 Struttura

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
1.2.1	6.3 6.4	B	Ogni camera di degenza è provvista di non più di 4 posti letto con 9 mq per posto letto, al netto dei servizi (in alternativa 7 mq per ogni letto aggiunto ai primi due)	<i>Almeno il 50% dei posti letto è situato in camera di degenza con servizi igienici riservati.</i>
1.2.2	6.3 6.4	A	Almeno il 50% dei posti letto è inserito in camere di degenza di non più di 2 posti letto con 12 mq per posto letto, al netto dei servizi.	
1.2.3	6.3 6.4	A	Gli ambienti di degenza e di visita hanno un impianto di climatizzazione.	

1.2.4		B	Il 40% dei servizi deve essere attrezzato per l'uso da parte dei disabili.	
1.2.5	6.3 6.4	B	<p>Il reparto, nel rispetto degli standard imposti dalla legge 626/93, è dotato di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con rubinetteria non manuale (a gomito, a pedale o elettronico); • un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta; • spazio per caposala; • un locale per medici; • un locale per soggiorno; • un locale per il deposito del materiale pulito; • un locale per deposito attrezzature; • un locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco dotato di vuotatoio e lavapadelle; • una cucina di reparto con annesso spazio per sosta carrelli di distribuzione vitto; • servizi igienici per il personale; • spazio attesa visitatori; • almeno un bagno assistito per piano di degenze; • spazio/armadio per deposito di attrezzature di igiene ambientale; • superfici resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce con raccordo arrotondato al pavimento; quest'ultimo deve essere non inquinante, del tipo monolitico, resistente agli agenti chimici, e fisici, antisdrucchiolo; • una cappa per le lavorazioni dei farmaci antiblastici. 	
1.2.6	6.3 6.4	A	<p>Sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il televisore nel locale soggiorno; • un bagno assistito per ogni 20 posti letto; • un refettorio per gli utenti; • uno spazio di lavoro autonomo a disposizione dei medici; • servizi igienici autonomi e differenziati per sesso per i visitatori; • un computer con possibilità di collegamento con Internet a disposizione degli infermieri e del coordinatore; • un'edicola di facile accesso; • telefono e radio con auricolare. 	
1.2.7	6.3 6.4	A	Il reparto è dotato di un locale specifico per colloqui/visite specialistiche, soggiorno e animazione ogni 30 posti letto.	
1.2.8	6.3 6.4	B	<p>Sono presenti e funzionanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale anche in comune con altre degenze, se possibile sul piano funzionale; • un carrello per la gestione della terapia; • un carrello per la gestione delle medicazioni, con eventuale strumentario chirurgico. 	<i>Esistono procedure scritte per la verifica periodica della funzionalità delle apparecchiature vitali.</i>
1.2.10	6.3 6.4 7.1	A	È possibile nel 20% dei pazienti attuare terapia infusiva con pompe peristaltiche	
1.2.11	6.3 6.4 7.1	A	È possibile il monitoraggio cardio-respiratorio completo per il trattamento dei pazienti critici.	
1.2.12	6.3 6.4	B	Sono rispettati i requisiti impiantistici previsti dalla l. 626/93.	
1.2.13	6.3 6.4	A	Sono presenti tecnologie accessorie per il controllo ambientale (telecamere, ponti radio di controllo delle uscite, altri sistemi di allarme acustici e/o visivi, etc.)	<i>Il controllo è necessario per i pazienti critici e/o con delirio.</i>
1.2.14	6.3	A	La funzione assistenziale del day hospital si avvale anche di spazi autonomi ad essa riservati.	

	6.4 7.1			
1.2.15	6.3 6.4 7.1	B	La funzione assistenziale dell'ambulatorio si avvale di spazi autonomi, anche in comune con altre UU.OO.	
1.2.16	6.3 6.4 7.1	A	La funzione assistenziale dell'ambulatorio si avvale di spazi autonomi ad essa riservati con attrezzature dedicate al paziente geriatrico.	
1.2.18	6.3 6.4 7.1	A	Esiste una palestra annessa al reparto per i pazienti dell'U.O. di Geriatria in cui anche personale riabilitativo afferente ad altra U.O. svolge la propria attività attrezzata con strumenti meccanici ed apparecchi isocinetici.	
1.2.21	6.3 6.4 7.1	B	Esistono accorgimenti per garantire la sicurezza (corrimano, spigoli smussati, ecc.) e l'orientamento dei ricoverati (es.pareti e porte di diversi colori).	
1.2.22	6.3 6.4 7.1	B	Sono disponibili materassi ed altri presidi antidecubito.	<i>Per ogni paziente che ne abbia bisogno; la disponibilità può essere garantita anche tramite un Service.</i>
1.2.23	6.3 6.4	A	L'ambiente è confortevole, silenzioso, ben aerato e con temperatura e umidità ottimali.	

1.3 Manutenzione

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
1.3.1	6.3	B	Vi sono procedure scritte per la manutenzione ordinaria di tutte le apparecchiature e attrezzature.	
1.3.2	6.3	B	Gli interventi per rottura o guasti di apparecchiature avvengono entro 48 ore nel 70% dei casi.	<i>Esistono comunque procedure per la gestione immediata delle emergenze tecnologiche (sostituzione apparecchi vitali, alternative efficaci, trasferimento competenze, etc.).</i>
1.3.3	6.2.2 6.3	B	Il personale interessato all'uso delle attrezzature è al corrente del piano di manutenzione e conosce i referenti per l'applicazione dello stesso.	
1.3.4	4.2.4	B	Vengono documentati gli interventi di riparazione effettuati.	
1.3.5	4.2.3	B	I manuali o gli opuscoli forniti dai produttori relativi al funzionamento e alla manutenzione delle attrezzature in dotazione sono disponibili e facilmente accessibili.	
1.3.6	6.3 6.4	B	È garantita la manutenzione degli arredi e dei locali.	

1.4 Organigramma e funzionigramma

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
1.4.1	5.1 5.3 5.5.2	B	Il Direttore dell'UO è responsabile del raggiungimento degli obiettivi concordati con la Direzione aziendale.	
1.4.2	6.1 6.2.1 6.2.2	A	Esiste un funzionigramma dei medici, oltre a quello previsto dal contratto di lavoro.	<i>Concordato con i medici stessi.</i>
1.4.3	6.1	B	Sono presenti in organico almeno 4 dirigenti medici per una dotazione di 20 posti letto.	<i>Escluso personale in formazione, frequentatori ed il Direttore</i>
1.4.4	6.1	B	È presente in organico un altro dirigente medico per ogni 7 ulteriori posti letto.	
1.4.5	6.1	B	È previsto un coordinatore del personale infermieristico.	
1.4.6	6.1	B	Sono presenti in organico almeno 11 unità di personale infermieristico (compreso il coordinatore) per una	<i>La modulazione dei numeri di infermieri e addetti all'assistenza potrà variare in</i>

			dotazione di 20 posti letto.	<i>relazione ad una ridefinizione delle loro competenze, salvo restando il loro numero totale.</i>
1.4.7	6.1	B	Sono presenti in organico 5 altre unità di personale infermieristico per ogni 10 ulteriori posti letto.	
1.4.8	6.1	B	Sono presenti in organico almeno 3 unità di personale di assistenza per una dotazione di 20 posti letto.	
1.4.9	6.1	B	È presente in organico un'altra unità di personale di assistenza per ogni 10 ulteriori posti letto.	
1.4.10	6.1	B	Esiste la disponibilità di almeno 38 ore settimanali di fisioterapista ogni 20 posti letto.	
1.4.11	6.1	B	Esiste la disponibilità di una diagnostica di neuropsicologia clinica.	<i>Non si intende solo la consulenza occasionale, ma una disponibilità professionale formalizzata.</i>
1.4.12	6.1 7.1	A	Sono previste attività di terapia occupazionale con personale dedicato.	
1.4.13	5.5.2 6.1	A	Esiste un Referente per le problematiche dell'umanizzazione all'interno del reparto.	<i>Deve essere esplicitato anche nell'organigramma e nominato formalmente dal Direttore.</i>
1.4.14	5.1 5.5.1 5.5.2	B	<p>Il Direttore dell'UO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definisce gli obiettivi della U.O. in accordo con gli indirizzi aziendali; • definisce la tipologia e le caratteristiche qualitative dei prodotti offerti dalla U.O.; • promuove accessibilità, continuità, efficacia, efficienza, attenzione alle opinioni dei clienti, sicurezza e tempestività delle prestazioni e dei servizi offerti dall'U.O.; • cura la piena informazione dei cittadini-utenti; • assicura l'appropriatezza degli interventi professionali e organizzativi per il contenimento dei costi; • gestisce tutte le regole interne relative all'operatività quotidiana; • individua le necessità di risorse e provvede alla loro negoziazione presso la Direzione Aziendale; • organizza le attività, nel rispetto dell'autonomia tecnico-professionale e delle connesse responsabilità dei diversi componenti dell'U.O.; • definisce le politiche di gestione del personale, pianifica la sua formazione e aggiornamento, provvede alla valutazione dello stesso e all'assegnazione della parte variabile della remunerazione, varia gli ambiti di esercizio dei singoli attraverso momenti di valutazione e verifica; • stimola il coinvolgimento delle figure professionali dell'U.O. in programmi di miglioramento; • promuove l'attività scientifica e garantisce la gestione clinica dei pazienti secondo linee guida, protocolli e procedure definiti; • garantisce la gestione della documentazione sanitaria e della registrazione dei dati clinici secondo norme di buona pratica clinica. 	
1.4.15	6.2.1 6.2.2	B	<p>Ogni medico dell'UO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assicura il corretto espletamento del servizio. Realizza l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, mantenendo la diretta responsabilità dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite; • risponde al Responsabile di settore/sezione del rispetto degli indirizzi organizzativi e dei piani di lavoro definiti per il conseguimento gli obiettivi assegnatigli; • assicura la gestione clinica dei pazienti secondo la deontologia medica e le linee guida definite e programmando il proprio orario per assicurare continuità d'intervento, nonché disponibilità a rispondere e a gestire le emergenze; • garantisce la compilazione della cartella clinica o della cartella ambulatoriale e della documentazione necessaria a dare evidenza delle attività cliniche e diagnostiche; • garantisce il corretto sviluppo della propria funzione professionale specifica e ne rende conto al Direttore dell'U.O.; • contribuisce personalmente alla qualità totale, condividendo obiettivi, ottenendo consenso, rispettando regole e vincoli senza formalismi; • richiede consulenze specialistiche ed accertamenti diagnostici nel rispetto delle procedure e dei criteri aziendali definiti; • assicura una corretta informazione ai pazienti e ai familiari nel rispetto della privacy; • aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, coerentemente con gli sviluppi 	

			scientifici e le attività della U.O.; partecipa, insieme agli altri operatori della U.O., alla verifica dei risultati ottenuti ed al miglioramento della qualità dei servizi.	
1.4.16	6.2.1 6.2.2	B	<p>Il Coordinatore infermieristico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • coordina e garantisce la massima integrazione organizzativa e la gestione di strumenti atti ad ottenere l'ottimizzazione dell'assistenza erogata in rapporto alle risorse disponibili; • garantisce la corretta distribuzione e gestione del personale infermieristico, per assicurare la continuità dei processi operativi; • organizza e ottimizza i processi ripetibili di diagnosi e cura coordinandosi con i servizi e con le altre UU.OO.; • assicura la corretta gestione della cartella infermieristica; • provvede alla trasmissione della scheda infermieristica di dimissione per i pazienti in ADI o istituzionalizzati; • assicura la qualità dell'assistenza infermieristica erogata attraverso sistemi di valutazione (schede di verifica); • assicura la corretta informazione sull'organizzazione assistenziale agli utenti con rispetto della privacy, avvalendosi anche del materiale predisposto (opuscolo informativo, bacheca per avvisi...) e verifica la diffusione della conoscenza dei processi di miglioramento da parte degli utenti (ritorno delle schede di gradimento); • favorisce l'attivazione del Servizio Sociale per le sue competenze; • sovrintende all'educazione sanitaria degli ammalati in relazione alla corretta esecuzione delle pratiche assistenziali e terapeutiche (gestione dei presidi, adesione agli schemi terapeutici, somministrazione di farmaci); • progetta e sperimenta modelli organizzativi di assistenza (schede infermieristiche, piani di lavoro, procedure); • promuove la formazione continua e favorisce l'inserimento degli operatori; • assicura l'approvvigionamento dei farmaci e dei presidi sanitari garantendone la corretta gestione; • garantisce la corretta gestione delle apparecchiature assegnate. 	
1.4.17	6.2.1 6.2.2	B	<p>Ogni infermiere dell'UO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assicura l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, di natura tecnica relazionale ed educativa; • individua, valuta e gestisce i bisogni degli ammalati; • garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; • collabora con gli altri operatori sanitari e sociali; • aggiorna le proprie conoscenze, attraverso la formazione permanente, relative al proprio profilo professionale e alla ricerca; • assicura il segreto professionale e la privacy del paziente; • gestisce la cartella infermieristica e prepara la scheda di dimissione; • contribuisce e all'addestramento del personale alle nuove tecniche e all'inserimento dei nuovi operatori; • individua i bisogni assistenziali di base, relazionando ai medici ed ai riabilitatori, compilando la cartella infermieristica, dialogando con i pazienti ed i familiari; • compila e somministra le scale di valutazione funzionale; • collabora alla formulazione di protocolli e procedure per il miglioramento della qualità dell'assistenza; • provvede all'educazione sanitaria degli ammalati anziani e, quando ci siano, dei loro <i>care-giver</i>; • è il professionista esperto nel promuovere e favorire la conoscenza dei bisogni della persona anziana malata. 	
1.4.18	6.2.1 6.2.2	B	<p>Ogni operatore dell'assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • coadiuva l'Infermiere in tutte le sue attività; • in collaborazione e su indicazione dell'infermiere contribuisce all'assistenza all'ammalato, in 	

			<p>particolare in ordine alle operazioni di pulizia e di alimentazione, e alla sua mobilitazione;</p> <ul style="list-style-type: none"> • provvede alla raccolta e al trasporto di materiale biologico, sanitario ed economico; • provvede all'igiene dell'unità di degenza (letto, comodino...); • provvede al trasporto in carrozzina o barella degli ammalati; • contribuisce alla rilevazione dei bisogni con particolare attenzione all'alimentazione (rilevazione gradimento e gusti, segnalazione di condizioni di rischio di malnutrizione...) e alla sicurezza (rischio di cadute, di fughe, d'infezioni ospedaliere...) e alla valutazione dello stato funzionale (ADL, IADL); • favorisce la socializzazione e il mantenimento delle relazioni interpersonali dell'ammalato; promuove attività occupazionali e /o ludiche. 	
1.4.19	5.3 5.5.2 6.2.1 6.2.2 8.5.1 8.5.2 8.5.3	A	<p>Il Responsabile del Sistema Qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantisce l'adeguata definizione degli elementi del Sistema Qualità (organizzazione, risorse e procedure); • verifica che le attività siano documentate; • definisce e porta alla realizzazione di un sistema di rilevazione dati e di un report periodico delle misure degli indicatori individuati per il controllo della conformità agli standard; • elabora metodologie per la rilevazione della non-conformità, atte a stabilire cause ed azioni correttive; • garantisce l'esecuzione delle verifiche interne pianificate e degli audit interni (ed eventualmente esterni); • garantisce la redazione del Manuale, delle procedure e di tutta la documentazione del Sistema Qualità per il raggiungimento della Certificazione; • programma e collabora alla formazione su tematiche tecniche e sul Sistema Qualità; • assiste la Direzione nella definizione delle politiche e delle strategie per la qualità; • segue l'evoluzione tecnica, scientifica e normativa e divulga le informazioni. 	
1.4.20	7.2.1 7.2.2	B	Il lavoro di équipe è costantemente coordinato e non affidato alla semplice disponibilità dei singoli operatori.	<i>Sono previste periodiche riunioni di tutto il personale per la buona organizzazione delle attività del reparto.</i>
1.4.21	5.5.2	B	Sono previste deleghe in caso di assenza del titolare di una funzione.	

2. ATTREZZATURE SANITARIE

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
2.1	6.3 7.1	B	È documentata la disponibilità di dispositivi medici, adeguata ai bisogni individuati dalla programmazione aziendale.	
2.2	4.2.4 7.1	B	Esiste documentazione da cui si rilevi che il responsabile della struttura partecipa alla definizione delle specifiche tecniche dei prodotti ai fini della redazione del capitolato di gara.	
2.3	7.4.2	B	L'inventario delle apparecchiature in dotazione è aggiornato in modo continuativo.	<i>La completezza dell'inventario è verificata con cadenza almeno annuale; le informazioni sono disponibili in forma aggregata o disaggregata per tipologia, centro di costo, data di acquisto, produttore.</i>
2.4	7.4.1 7.4.2	A	L'inventario viene utilizzato al fine del rinnovo/innovazione tecnologico e per la programmazione dei relativi interventi.	
2.5	7.4.3	B	Le singole apparecchiature sono corredate dal manuale tecnico e dal manuale d'uso.	<i>Tale documentazione è resa disponibile al responsabile dalla manutenzione.</i>
2.6	4.2.4	A	Per ogni apparecchiatura esiste un registro cartaceo in cui sono riportati tutti i dati significativi relativamente ad ogni intervento di manutenzione effettuato.	<i>Può essere di competenza aziendale (es. dell'U.O. Tecnologie Sanitarie), ma deve contenere:</i> <ul style="list-style-type: none"> - tempo medio di funzionamento macchina - frequenza dei guasti - tipologia - il costo di manutenzione - il tipo ed il costo delle parti di ricambio.
2.7	5.3 5.4.1 7.1	B	La struttura è in grado di offrire comfort ambientale e prestazioni con dispositivi e presidi corrispondenti alla missione.	<i>Oltre agli arredi e ai dispositivi per le attività di routine (carrelli, sfigmomanometro, bagno attrezzato, armadio farmacia, cucina o scaldavivande, lavapadelle, computer, diafanoscopio, elettrocardiografo, frigo-congelatore, reflotest), sono presenti:</i> <ul style="list-style-type: none"> - deambulatori, bastoni, tripodi, tetrapodi (= ausili per la mobilità) - cinture, bretelle, manopole, sostegni braccia-gambe - carrozzine rigide, reclinabili, sedie a tipo comoda, sedie con braccioli archetti - sollevatore - materassi antidecubito (vedi struttura) - pompe peristaltiche - pompe da infusione - aspiratore - bilance - materiale per medicazione chirurgica
2.8	6.3 7.1 7.2.1	B	L'attrezzatura della palestra è in grado di soddisfare le esigenze assistenziali più frequenti.	<i>Sono presenti:</i> <p>parallele, ostacoli, specchio quadrettato, lettino polifunzionale (elettrico tipo Bobath), spalliera, tavolo di statica, standing, scala per deambulazione, panche, sgabelli irrovesciabili, cyclette, sgabelli, carrucole- set puliterapia, tavolette oscillanti, pesi, cuscini e cunei, rulli, pallone Bobath, attrezzatura per confezionamento Splints, elastici a compressione graduata, goniometro, cinture solleva paziente, telini ad alto scorrimento, piatto ruotante, cold-packs, tens, sacchetti di sabbia, testistica di valutazione (neuro-psicologica, autonomia, etc), tavolini semplici e con incavo regolabili e inclinabili, giochi vari e specifici, , ausili per terapia occupazionale, ausili per la comunicazione-comunicatori, , specchio da tavolo, computer- multimediale per disabilità neuropsicologiche, software speciali, materiale di lettura, visivo, schede grafiche, metronomo, spirometro, test di valutazione dei disturbi del linguaggio.</p>

3. PROCESSO ASSISTENZIALE

3.1. Valutazione e Piani assistenziali

3.2. Continuità assistenziale e rapporti con i servizi extraospedalieri

3.3. Riabilitazione e riattivazione

3.4. Protocolli, linee guida, Evidence Based Medicine e percorsi diagnostici-terapeutici

3.5. Documentazione clinica

3.6. DH, Ambulatorio e ambulatorio diurno protetto

3.1 Valutazione e Piani assistenziali

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
3.1.1	7.1 7.2.1	B	È attivo un protocollo di valutazione che esplora: <ul style="list-style-type: none">• Mobilità• Cognitività• Stato affettivo• Rischio di piaghe da decubito• Rischio di cadute• Rischio di malnutrizione• Rischio di delirium.	<i>Il protocollo è applicato a tutti i pazienti all' ingresso e alla dimissione; viene indagata la mobilità e la cognitività all'ingresso e nel periodo precedente l'evento che ha determinato il ricovero; tutte le informazioni sono registrate sulla cartella clinica ed infermieristica, per quanto di competenza.</i>
3.1.2	7.1 7.2.1 7.5.1	A	Esistono protocolli differenziati per particolari tipologie di pazienti.	<i>Per le patologie prevalenti in reparto (certamente per i due DRG più frequenti dell'anno precedente).</i>
3.1.3	7.1 7.2.1	B	La situazione socio sanitaria del paziente viene valutata al fine di garantire la continuità di cura dopo la dimissione.	
3.1.4	7.2.1	B	È definito un piano assistenziale individuale.	<i>Nel piano assistenziale sono riportati:</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>gli obiettivi assistenziali;</i>• <i>gli interventi pianificati per ciascun obiettivo;</i>• <i>gli indicatori di risultato.</i>
3.1.5	7.1 7.5.1	A	Ogni piano assistenziale ha un infermiere referente.	
3.1.6	7.1 7.5.1	A	Vi sono linee guida scritte relative alla continua attenzione per rilevare in modo tempestivo e segnalare per gli opportuni provvedimenti, eventi clinici avversi e situazioni cliniche critiche.	<i>Nel piano assistenziale sono riportati:</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>i problemi rilevanti;</i>• <i>i problemi possibili.</i>

3.2 Continuità assistenziale e rapporti con i servizi extraospedalieri

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
------	-----	-----	-----------	------

3.2.1	7.1 7.5.1	B	La situazione socio sanitaria del paziente viene valutata al fine di garantire la continuità di cura dopo la dimissione.	<i>La valutazione viene effettuata per pazienti le cui condizioni rendono il ritorno a domicilio problematico o possibile con un supporto socio-sanitario.</i>
3.2.2	7.1 7.2.1	A	La valutazione viene effettuata per tutti entro 3 giorni dal ricovero.	<i>In modo da garantire la tempestiva identificazione dei pazienti che necessiteranno di supporto dopo la dimissione.</i>
3.2.3	7.1 7.2.1	B	Alla valutazione partecipa l'assistente sociale.	
3.2.4	7.1 7.2.1	B	La valutazione segue uno schema operativo sistematico.	<i>Lo schema tiene conto del supporto informale disponibile e dei desideri del paziente a fronte del fabbisogno prevedibile di assistenza.</i>
3.2.5	7.2.1	A	Lo schema tiene conto anche del supporto formale disponibile in base ad una diretta conoscenza dei servizi territoriali e delle relative possibilità, e dei desideri del paziente a fronte del fabbisogno prevedibile di assistenza.	<i>Esistono protocolli o procedure per la collaborazione e/o la trasmissione delle informazioni in maniera bidirezionale tra i nodi della Rete dei Servizi.</i>
3.2.6	7.2.1 7.2.3	A	Viene discussa e concordata con i familiari la modalità per soddisfare il fabbisogno di cura e vengono direttamente avviate procedure volte ad attivare gli organi territoriali preposti al supporto formale.	<i>Anche quando vi sia un miglioramento clinico-funzionale che renda ipotizzabile una riduzione del fabbisogno stimato.</i>
3.2.7	7.1 7.2.1	B	La valutazione attiva una procedura operativa.	<i>Viene fornita ai familiari una stima del fabbisogno di assistenza e un'indicazione delle modalità per godere del supporto formale.</i>
3.2.8	7.2.2	A	La valutazione viene modificata in caso di eventi che alterino significativamente il fabbisogno atteso di assistenza.	<i>Ogniqualvolta vi sia un evento acuto che aggravi la situazione.</i>
3.2.9	7.1	B	La lettera di dimissione fornisce un contatto per eventuali dubbi interpretativi.	<i>Include recapiti telefonici e nomi dei medici cui riferirsi per ogni chiarimento; fornisce anche un orario per le telefonate e spiega le modalità di acquisizione degli esami non ancora reperiti; dà anche informazioni sui servizi assistenziali non residenziali aggregati all'unità per acuti e sulle modalità di accesso.</i>
3.2.10	6.3 7.1	B	È disponibile un ambulatorio aggregato all'Unità per Acuti per garantire il follow up di pazienti che per livello di instabilità e complessità paiono necessitare di periodica rivalutazione.	
3.2.11	7.2.2	A	Alla dimissione viene effettuata la prenotazione in ambulatorio da parte del personale dell'Unità per Acuti, se reputata necessaria. Esiste un'integrazione funzionale tra personale addetto all'ambulatorio e all'Unità per acuti.	<i>La prenotazione è subordinata al parere del MMG, informato della situazione del suo paziente.</i>
3.2.12	4.2.3 7.1	A	L'UO fornisce di routine all'ambulatorio tutta la documentazione clinica in suo possesso prima che venga effettuata la visita ambulatoriale.	<i>Vengono evitati disagi e perdite di tempo.</i>
3.2.13	7.1	B	Esiste un coordinamento operativo con l'ADI o l'assistenza infermieristica.	<i>L'informazione viene fornita prima della dimissione o contestualmente alla medesima in modo da consentire l'attivazione dei servizi.</i>
3.2.14	7.1	A	Esiste un rapporto formalizzato per la segnalazione ai servizi territoriali.	<i>Viene usata una forma di comunicazione scritta (es. fax, e-mail-) ed è prevista la trasmissione di una nota di avvenuta ricezione.</i>
3.2.15	7.1	B	I servizi territoriali segnalano direttamente malati che necessitino di ricovero in Unità per acuti.	<i>Viene usata una forma di comunicazione scritta (es. fax, e-mail-) ed è prevista la trasmissione di una nota di avvenuta ricezione.</i>
3.2.16	5.5.3 7.1	A	Il malato segnalato dai servizi territoriali ha una priorità di ricovero nell' Unità per acuti.	<i>Tale requisito si realizza in modo variabile in rapporto alla presenza e alle esigenze del Pronto Soccorso e dell'Osservazione Breve e alla situazione logistica del reparto. Non è quindi ipotizzabile uno standard uniforme di latenza tra richiesta del ricovero e ricovero.</i>
3.2.17	4.2.4 7.1	B	Viene fornita tempestivamente ai familiari la documentazione necessaria ad attivare una procedura di trasferimento.	<i>La relazione concerne sia lo stato clinico che quello funzionale, il fabbisogno di cure e di ulteriori esami in post-acuzie, permettendo così un'accurata stima della tipologia di malato e del carico assistenziale.</i>
3.2.18	7.1	A	Esiste un canale di informazione diretta finalizzata al trasferimento dei pazienti	
3.2.19	7.1	B	Le strutture residenziali segnalano direttamente malati che necessitino di ricovero in Unità per acuti.	
3.2.20	7.1	A	Il paziente ospite di strutture residenziali ha priorità nel ricovero nell'Unità per acuti.	<i>Tale requisito si realizza in modo variabile in rapporto alla presenza e alle esigenze del Pronto Soccorso e dell'Osservazione Breve e alla situazione logistica del reparto. Non è quindi ipotizzabile uno standard uniforme di latenza tra richiesta del ricovero e ricovero.</i>
3.2.21	5.5.3 7.1	B	Il medico di famiglia viene avvisato in presenza di situazioni problematiche e consultato se l'inquadramento del paziente lo richiede.	<i>Viene coinvolto nella definizione del piano assistenziale successivo alla dimissione ove si configuri una variazione critica del fabbisogno di assistenza.</i>

3.2.22	5.5.3 7.1 7.2.2	A	Esiste una collaborazione codificata con i servizi territoriali di assistenza geriatrica, per programmare il “futuro” assistenziale dei pazienti (piani di affidamento per il continuing care).	<i>Prevede la programmazione degli interventi, la stima delle competenze necessarie e la definizione dell'eventuale ruolo di servizi aggregati all'Unità per Acuti (DH, Ambulatorio...).</i>
--------	-----------------------	---	---	--

3.3 Riabilitazione e riattivazione

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
3.3.1	7.1 7.5.1 7.5.2	B	Vi sono linee guida per la formulazione dell'eventuale piano riabilitativo del pazienti.	<i>Vengono applicate ai soggetti giudicati a rischio di peggioramento dell'autonomia funzionale, sono scritte e applicate sistematicamente.</i>
3.3.2	4.2.4 7.1	B	Vengono adottate misure di prevenzione dei decubiti in tutti i soggetti giudicati clinicamente a rischio.	<i>Secondo un protocollo scritto in tutti i pazienti giudicati a rischio secondo la valutazione strutturata, ad es. perché allettati o parzialmente autonomi nelle variazioni posturali.</i>
3.3.3	4.2.4 7.1	B	È assicurata e registrata la variazione posturale ogni 2 ore e la cute è ispezionata ogni giorno, nei soggetti considerati a rischio.	<i>La relativa scheda, anche se compilata al letto del paziente, è successivamente inserita in cartella.</i>
3.3.4	7.1 7.5.1	B	Esiste una linea guida per l'individuazione precoce di soggetti a rischio di disidratazione e denutrizione.	<i>Viene applicata sistematicamente a tutti i ricoverati entro 24 ore dall'ammissione.</i>
3.3.5	7.1 7.5.1	B	Viene effettuata una mobilizzazione dei soggetti a rischio di sindrome da allettamento.	<i>Anche da parte del personale addetto all'assistenza del reparto adeguatamente istruito dal fisioterapista o dal medico.</i>
3.3.6	7.1 7.5.1	A	Vengono effettuati esercizi di equilibrio, rieducazione posturale e della marcia ecc..	<i>Anche in assenza di una palestra.</i>
3.3.7	6.2.2 7.1	B	Il fisioterapista addestra il personale del reparto per il supporto ai programmi di riabilitazione anche in sua assenza.	
3.3.8	4.2.4 7.5.3	B	I problemi di comunicazione e sensoriali dei pazienti (ad es. vista, udito, parola) sono registrati nella cartella individuale.	
3.3.9	6.2.2	B	Il personale sanitario è istruito in merito alle modalità di comunicazione con soggetti affetti da deficit sensoriali o rallentamento ideomotorio.	<i>Sono disponibili ideogrammi per identificare le necessità del paziente o spiegarli determinate procedure. Il personale di reparto è in grado di ricorrere alla comunicazione mimica o della "voce bisbigliata".</i>
3.3.10	6.2.2	A	Il personale sanitario è formato nelle tecniche di comunicazione non verbale (es. gestuale) e plurisensoriale (es. tattile-acustica).	
3.3.11	7.1	B	L'ospite gode di assistenza efficace qualora lamenti malfunzionamento di protesi acustiche.	<i>È possibile la sostituzione delle pile, il resetting della modalità operativa o anche la revisione della protesi.</i>
3.3.12	7.5.1 8.2.3	A	Viene sistematicamente testata l'efficacia della correzione dell'ipoacusia nei portatori di protesi acustiche e garantito un eventuale intervento di rimodulazione.	<i>Si valuta sia la corretta percezione della voce umana che la presenza di eventuali acufeni fastidiosi.</i>
3.3.13	7.1	A	Nell'U.O. è tutelato il riposo notturno ed i prelievi sono effettuati dopo le h. 7.00.	
3.3.14	6.1	B	In caso di riferita difficoltà nella vista è disponibile un consulente oculista.	
3.3.15	7.1	A	La vista viene sistematicamente valutata in tutti i pazienti e la consulenza oculistica praticata di conseguenza.	<i>Il personale è addestrato nella misurazione di base tramite optogrammi (anche ideogrammi per soggetti analfabeti) si da selezionare i pazienti che, pur in presenza di correzione, abbiano un'acuità visiva inferiore a 6/12.</i>
3.3.16	7.1 7.2.3	B	È garantito l'accesso di familiari e amici tutti i giorni almeno due ore al giorno.	<i>Per malati particolari (es. estremamente agitati e che non possano essere sottoposti a terapia sedativa) è permesso l'accesso dei familiari anche per buona parte del giorno.</i>
3.3.17	7.1 7.2.3	A	È garantito l'accesso di familiari e amici tutti i giorni per almeno due ore al mattino e due al pomeriggio.	
3.3.18	7.1 7.2.3	A	Volontari regolarmente istruiti si prendono cura dei pazienti privi di contatti esterni	
3.3.19	6.3 7.1	A	I giornali vengono portati in reparto. I pazienti dispongono del telefono, della radio e della Tv in camera con auricolare.	
3.3.20	6.3	A	C'è disponibilità di stanze singole per pazienti in condizioni terminali o che possono destabilizzare altri pazienti, almeno una stanza singola ogni 8 posti letto.	
3.3.21	7.1 7.5.1	A	Vi è attenzione al mantenimento di una corretta postura nelle diverse posizioni, per la mobilizzazione e per l'aiuto diretto-indiretto al paziente.	<i>Il personale è a conoscenza dei modelli di postura a letto; anche i familiari e i volontari sono istruiti al riguardo e collaborano nell'assicurare il rispetto delle posture corrette. La mobilizzazione non avviene solo su chiamata.</i>
3.3.22	6.1	A	Il Reparto è frequentato da un Assistente Sociale dell'Azienda dedicata all'Ospedale, per la gestione o per l'intercettazione precoce del singolo caso.	<i>Dalla chiamata all'intervento non debbono passare più di 24 ore.</i>

3.3.23	7.1 7.5.1	A	Il Fisiatra ed i riabilitatori forniscono informazioni per la stesura del programma riabilitativo, attuano il programma concordato, ne verificano l'efficacia, compilano una scheda sul decorso riabilitativo.	
3.3.24	7.1	A	Al momento della dimissione, in accordo alle altre figure professionali che contribuiscono alla gestione del caso, i riabilitatori elaborano il piano riabilitativo da eseguire successivamente ed affidare al domicilio.	<i>Il piano, scritto in modo semplice e chiaro, prevede obiettivi, strumenti e modalità di verifica dei risultati. Esiste un coordinamento operativo con i Servizi di Riabilitazione Territoriali. L'informazione viene fornita prima della dimissione o contestualmente alla medesima in modo da consentire l'attivazione dei Servizi.</i>

3.4 Protocolli, linee guida, Evidence Based Medicine e percorsi diagnostici-terapeutici

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
3.4.1	7.5.1 7.5.2	B	Esistono percorsi diagnostici e terapeutici standardizzati, scritti e accessibili a tutto il personale.	<i>Almeno per la prevenzione e il trattamento di: piaghe da decubito, stato confusionale, malnutrizione, incontinenza.</i>
3.4.2	7.5.1 7.5.2	A	L'Evidence Based Medicine condiziona la gestione dei pazienti.	<i>Rappresenta la base di percorsi diagnostico terapeutici per condizioni dove esista un'ampia evidenza, come CHF e ipertensione.</i>
3.4.3	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per la gestione delle urgenze cliniche.	<i>Permettono di attivare l'intervento, chiamando tempestivamente le figure professionali coinvolte (medico di guardia, rianimatore), ma non subordinando alla chiamata il primo intervento.</i>
3.4.4	6.3 7.1	B	È sempre disponibile un carrello attrezzato per le urgenze incluso un set per intubazione e un defibrillatore. È possibile effettuare il massaggio cardiaco su un piano di appoggio efficace.	<i>Il carrello include un set di farmaci per l'urgenza la cui completezza è controllata ogni settimana e dopo ogni intervento di rianimazione.</i>
3.4.5	6.3	B	Tutte le camere dispongono di erogatore di O2 e aspiratore a muro.	
3.4.6	6.3	A	Il defibrillatore funge anche da pace maker esterno ed è disponibile un monitor, distinto da quello del defibrillatore, che consenta di registrare ecg, frequenza respiratoria e ossimetria del paziente.	
3.4.7	6.2.2	B	Tutti gli infermieri sono in grado di effettuare il massaggio cardiaco, garantire la pervietà delle vie aeree, somministrare O2 e incannulare una vena.	<i>Conoscono la procedura da seguire e, in particolare, la priorità del primo soccorso rispetto alla chiamata del rianimatore.</i>
3.4.8	7.1	B	Il rianimatore è in grado di raggiungere il reparto entro 10 minuti dalla chiamata.	
3.4.9	7.5.1	A	Esistono indicazioni scritte in merito all'opportunità di non procedere alle manovre di rianimazione per determinati malati.	<i>Tale decisione è condivisa dai parenti.</i>
3.4.10	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per la somministrazione dei farmaci ai degenti.	
3.4.11	5.5.2	B	La distribuzione è curata da un infermiere professionale che ne è pienamente responsabile.	
3.4.12	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per la distribuzione dei farmaci al bisogno.	<i>La distribuzione è regolata dalla prescrizione medica documentata..</i>
3.4.13	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per la prescrizione dei farmaci.	<i>La prescrizione è scritta, datata e firmata dal medico nella cartella personale del malato e trascritta dal Coordinatore infermieristico nel registro della terapia.</i>
3.4.14	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per verificare l'occorrenza di errori nella terapia.	
3.4.15	7.4.1 7.4.2	B	Vi sono procedure scritte per verificare la disponibilità dei farmaci.	<i>In rapporto con i tempi di fornitura dalla farmacia ospedaliera e con il consumo del reparto, il coordinatore effettua una verifica periodica, orientativamente settimanale, della consistenza delle scorte.</i>
3.4.16	7.1	B	L'incontinenza urinaria è oggetto di trattamento riabilitativo e farmacologico.	
3.4.17	7.5.1	A	Esistono procedure standardizzate scritte ed è disponibile la consulenza urologica per casi particolari.	
3.4.18	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per l'applicazione e gestione del catetere.	<i>Il catetere è applicato solo su prescrizione medica e per oggettiva necessità, non quale surrogato di misure assistenziali diverse. Esiste un piano di impiego finalizzato alla rimozione in tutti i casi in cui ve n'è la possibilità</i>
3.4.19	7.5.1	A	Esistono norme prescrittive e gestionali scritte sull'applicazione del catetere.	<i>L'applicazione delle norme è controllata dal coordinatore infermieristico; tale applicazione è sottoposta a verifica sistematica e non occasionale.</i>
3.4.20	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per l'applicazione e gestione di strumenti di contenzione (bretellaggio, corsetti, cinghie, sedie antialzata, spondine bilaterali, manopole).	<i>Si riconosce che la contenzione va applicata come ultima ratio, che può essere motivata solo dalla tutela sanitaria del soggetto e della necessità di terapie particolari e che il paziente contenuto necessita di maggiore sorveglianza, prevedendone una periodicità a seconda della misura adottata. Il personale</i>

				<i>conosce i rischi della contenzione (compressione toracica, e addominale, lesioni di nervi periferici, asfissia, piaghe, incontinenza). La contenzione è decisa dopo un'attenta valutazione del caso, non associata con sedazione farmacologia. Si presta attenzione all'eventuale comparsa di abulia o accentuata agitazione, indice che va cambiata strategia. Si informano i parenti e, se è in grado di capire, il ricoverato della necessità di ricorrere alla contenzione.</i>
3.4.21	4.2.4	B	L'applicazione dello strumento di contenzione e le modalità di verifica della sicurezza dell'ammalato sono documentate per iscritto.	
3.4.22	4.2.4	A	Per ogni contenzione è compilata una scheda con i motivi, le modalità, la sorveglianza prevista, l'ora di inizio e fine.	
3.4.23	7.5.1	A	Vi sono procedure scritte per la gestione di ventilatori esterni, B-PAP, C-PAP ed il personale è istruito sulle modalità di controllo.	<i>Il personale controlla periodicamente gli strumenti e sa come agire qualora suoni l'allarme e chi chiamare se il problema non è risolvibile; il personale è in grado di monitorare i segni vitali e valutarne l'adeguatezza agli obiettivi perseguiti, controllare che la pressione generata sia quella impostata.</i>
3.4.24	4.2.4	B	Esiste un diario scritto di tutte le procedure di controllo e v'è un piano di monitoraggio dell'ossimetria e di rilevazione dei segni vitali del paziente ventilato.	<i>La scheda, anche se affissa al letto del paziente, è parte integrante della cartella in cui viene poi inserita.</i>
3.4.25	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per la prevenzione e il trattamento di infezioni nosocomiali.	<i>Pazienti infettanti (es. gastroenterite, parassitosi, influenza) vengono trasferiti in Malattie Infettive o in camere singole e vengono adottate misure atte a limitare il rischio di contagio. I pazienti sono informati del razionale alla base del trasferimento e della necessità di limitare i contatti.</i>
3.4.26	6.2.2	B	Il personale è istruito nelle procedure di disinfezione e sterilizzazione di padelle e attrezzature medicali, nell'uso dei guanti, nelle pratiche di igiene degli allettati.	<i>Esistono procedure aziendali.</i>
3.4.27	7.5.1	A	Oltre allo standard minimale esiste una procedura scritta per l'automatica attivazione di misure diagnostiche e terapeutiche e di igiene ambientale ed una procedura di controllo dei risultati. Viene anche fatta un'analisi delle vie di contagio ospedaliero.	<i>La procedura deve assicurare, a secondo delle necessità identificate dal medico, l'isolamento del paziente, la disinfezione tempestiva di camera e bagno (oltre che di effetti lettereschi e biancheria) il controllo dei vicini di camera e la limitazione temporanea dei loro contatti, l'indagine ambientale volta a identificare la patogenesi e a prevenire altri casi., (es. coproculture dei vicini di letto di un paziente con gastroenterite).</i>
3.4.28	7.5.1	A	Oltre allo standard minimale, esiste una verifica periodica delle procedure e una valutazione di efficacia basata su indicatori oggettivi.	<i>È effettuata periodicamente (almeno una volta all'anno) un'analisi del trend sia quantitativo che qualitativo delle infezioni ospedaliere finalizzato all'adozione di misure preventive in grado di modificare la pratica prescrittiva e gestionale generale del reparto (es. incidenza e tipologia infezioni urinarie).</i>
3.4.29	6.2.2	B	È attuata una formazione sistematica del personale nell'uso e controllo della terapia farmacologia e nell'identificazione degli effetti avversi.	<i>Concerne le modalità di somministrazione, i problemi incontrati con pazienti particolari (problemi di deglutizione, rifiuto...), il controllo della corretta assunzione, le modalità di verifica di eventuali effetti avversi, almeno per determinate categorie di farmaci di largo uso nel reparto.</i>
3.4.30	6.2.2	A	È attuata una formazione sistematica del personale nell'uso e controllo dell'ossigenoterapia e nell'identificazione degli effetti del sovra- e sotto-dosaggio.	<i>Il personale è perfettamente a conoscenza del rapporto tra FiO2 e flusso in base al sistema di erogazione adottato, delle modalità di umidificazione del flusso di O2 e dei principali segni e sintomi del sottodosaggio e sovradosaggio.</i>
3.4.31	6.2.2	B	È attuata una formazione sistematica del personale nella gestione dell'urgenza medica (posizionamento, tecniche di rianimazione, somministrazione di O2, immediato accesso venoso...).	<i>Almeno due volte all'anno le tecniche e procedure vengono richiamata mediante un'esercitazione teorico pratica. Il nuovo personale è tempestivamente istruito dai colleghi.</i>

3.5 Documentazione clinica

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
3.5.1	7.5.1	B	Vi sono linee guida scritte per la tenuta della documentazione clinico-sociale relativa a ciascun ammalato.	<i>Devono essere in uso strumenti validati di valutazione multidimensionale e questi devono essere applicati in almeno il 75% dei soggetti.</i>
3.5.2	4.2.4	B	La cartella fornisce una documentazione completa del processo assistenziale.	<i>Sono evidenti: anamnesi dettagliata, esame obiettivo, VMD, lista dei problemi attivi e di quelli inattivi, diario giornaliero puntualmente aggiornato, terapia</i>

				<i>farmacologia e non farmacologia aggiornata su ogni nuova pagina (ove non codificata in un'apposita sezione) e in caso di cambiamenti, prescrizione degli esami, esito degli esami in ordine cronologico e per gruppi omogenei, terapia alla dimissione, sezione dedicata a problemi specifici da compilare al bisogno (es. mobilitazione degli allettati, riattivazione dei reduci da stato confusionale), epicrisi alla dimissione, piano terapeutico alla dimissione.</i>
3.5.3	4.2.4	B	La cartella è integrata con esami residui dopo la dimissione.	<i>Tutti gli esami pervenuti dopo la dimissione sono inseriti ordinatamente in cartella dopo essere stati visionati dal medico. Se rilevanti ai fini pratici, vengono comunicati al paziente o al curante, secondo opportunità.</i>
3.5.4	4.2.3	A	Ogni anno viene verificata sistematicamente la qualità della cartella clinica in termini di chiarezza e completezza.	<i>Su almeno il 10% delle cartelle scelte a caso; la verifica è effettuata da un medico esterno all'unità operativa secondo le procedure della Good Medical Practice.</i>
3.5.5	4.2.4 7.5.2	B	Nella cartella sono segnalati in maniera evidente particolari esigenze o rischi.	<i>In particolare allergie a farmaci o altre sostanze, particolari bisogni dietetici, rischio di suicidio, ed eventuali rischi per il personale (es. HCV positività).</i>
3.5.6	4.2.4	B	Le informazioni di base dei ricoverati sono complete.	<i>Sono riportati anche nome, indirizzo e numeri di telefono del familiare di riferimento o dell'eventuale tutore legale o del responsabile della struttura residenziale di provenienza o del medico curante.</i>
3.5.7	4.2.4	B	Le cartelle sono scritte con chiarezza e aggiornate.	<i>Tutte e integralmente.</i>
3.5.8	4.2.4	B	Nella cartella infermieristica è facilmente identificabile il nome ed il recapito di una persona di riferimento.	<i>Vengono raccolti tutti i numeri di telefono.</i>
3.5.9	4.2.4	B	Ogni nota sulla cartella è datata e firmata.	<i>In particolare quelle scritte dal medico di guardia o da consulenti; è facilmente individuabile l'autore della nota.</i>
3.5.10	4.2.4 7.5.1	B	È riportata in cartella la necessità di accompagnamento in bagno e ogni particolare precauzione negli spostamenti o indicazione all'uso di ausili o sollevatori.	<i>Anche se tali dati sono inseriti nella cartella infermieristica ed è prevista la verifica strutturata del rispetto di queste norme.</i>
3.5.11	4.2.1	B	È tutelata la riservatezza dei dati sanitari e personali.	<i>La cartella è conservata in modo da renderne difficile una consultazione non autorizzata.</i>
3.5.12	4.2.1	B	Le cartelle sono facilmente reperibili e consultabili.	<i>Tutti gli operatori autorizzati devono essere in grado di reperirle entro 5'. Deve essere segnalata l'assenza di cartelle temporaneamente in consultazione presso servizi diagnostici o consulenti ecc., con l'indicazione della loro ubicazione.</i>
3.5.13	4.2.1 7.5.4	B	Viene gestita la documentazione clinica fornita dal ricoverato.	<i>Sono inseriti in un apposito contenitore inserito nel fodero della cartella o nell'alloggiamento per la cartella e identificati come di proprietà del paziente; viene annotata in un apposito spazio della cartella l'acquisizione di tali referti e, quindi, la loro restituzione.</i>
3.5.14	4.2.4 5.5.3	B	Viene sistematicamente prodotta una lettera di dimissione.	<i>Ne viene inserita copia nella cartella clinica, anche in presenza di un'epicrisi; la lettera è dattiloscritta e firmata; il medico redattore è chiaramente individuabile; riporta il telefono del reparto.</i>

3.6 DH, Ambulatorio e ambulatorio diurno protetto

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
3.6.1	6.3	B	Esiste un DH nell'UO.	
3.6.2	5.4.2	A	L'Unità per Acuti è funzionalmente integrata con il DH geriatrico con cui esiste un flusso bidirezionale di malati e di informazioni sui malati.	<i>Esistono linee guida per la selezione dei soggetti da avviare al DH a distanza dalla dimissione.</i>
3.6.3	6.3	A	Esiste un ambulatorio diurno protetto.	<i>L'Unità per Acuti è funzionalmente integrata con un ambulatorio protetto cui affidare pazienti che, pur non richiedendo assistenza in DH, necessitano di una assistenza più intensa rispetto a quella assicurata dalla semplice visita ambulatoriale. L'ambulatorio offre anche un limitato set di prestazioni diagnostiche (es. ecg, prelievo) ed effettua un monitoraggio dello stato di salute per cogliere tempestivamente eventuali variazioni del fabbisogno assistenziale. Esistono linee</i>

				<i>guida per la selezione dei soggetti da avviare all'ambulatorio protetto.</i>
3.6.4	6.3	B	C'è disponibilità di un ambulatorio.	<i>Esiste un ambulatorio di Geriatria che consente la selezione dei ricoveri in elezione e, in assenza di un ambulatorio protetto, garantisce una rivalutazione periodica dei dimessi giudicati meritevoli di rivalutazione.</i>
3.6.5	8.2.3	B	L'integrazione tra DH, ambulatorio protetto e ambulatorio, ove non afferenti alla stessa UO, viene periodicamente verificata.	<i>V'è un contatto tra i medici delle varie strutture per consentire il trasferimento di un paziente da un ambito assistenziale all'altro in rapporto al variare delle esigenze individuali</i>
3.6.6	6.3 8.2.3 8.2.4	B	L'offerta di servizi ambulatoriali rispetto al fabbisogno è conforme.	<i>Il tempo di attesa per l'accesso al servizio viene monitorato e mantenuto inferiore a 30 giorni.</i>
3.6.7	6.3 7.1	A	Esistono servizi aggiuntivi dell'attività ambulatoriale.	<i>È possibile segnalare e prenotare presso altri ambulatori (es. Oculistica) soggetti che necessitano di visite e prestazioni specialistiche.</i>
3.6.8	7.1	A	L'ambulatorio effettua prestazioni dedicate alla patologia geriatrica, ma con particolare attenzione al rilevamento della fragilità.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>È possibile ottenere la redazione di certificati ad uso legale (es. per riconoscimento invalidità);</i> • <i>vengono eseguiti test di performance fisica;</i> • <i>è possibile ottenere valutazioni neuropsicologiche;</i> • <i>è possibile ottenere la prescrizione di ausili e presidi.</i>
3.6.9	4.2.3	B	Le procedure per la tenuta e manutenzione degli archivi sono definite.	<i>In particolare sono disponibili:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>le procedure per l'accesso agli archivi;</i> • <i>le procedure che garantiscono la riservatezza delle informazioni anche non protette ai sensi della L. 675/96;</i> • <i>le procedure per la gestione ed il controllo retroattivo dei dati relativi al basamento informativo.</i>
3.6.10	4.2.4	B	Gli archivi relativi ai Flussi vengono aggiornati con periodicità non superiore a quella fissata dagli standard regionali ed è stato individuato, all'interno di ogni struttura organizzativa, un referente per la gestione delle informazioni di esercizio.	

4. QUALITA'

4.1 Sistema informativo

4.2 Sistema delle verifiche e dei controlli interni

4.3 Carta dei servizi

4.4 Sistema qualità e umanizzazione

4.1 Sistema informativo

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
4.1.1	4.2.4 8.3	A	Vi sono strumenti sistematici di segnalazione di eventi negativi.	<i>Ad esempio cadute, altri traumi, infezioni contratte in ospedale, rifiuto dei farmaci, lesioni da decubito insorte nell'UO, episodi di aggressività.</i>
4.1.2	8.2.3 8.2.4 8.4	B	Si utilizzano nell'UO indicatori di esito (cioè di modificazione delle condizioni di salute dei ricoverati).	<i>Devono essere specificati e devono fare riferimento a gruppi di ammalati; deve essere stato effettuato negli ultimi tre anni uno studio che descriva l'andamento nel tempo di indicatori di esito o deve essere stata progettata per iscritto la sua effettuazione entro 36 mesi.</i>
4.1.3	5.6.2 8.2.3 8.2.4 8.4	B	Il sistema informativo consente di rilevare il livello di raggiungimento degli obiettivi definiti dall'U.O.	<i>Vi è un ritorno tempestivo di informazioni per più della metà degli obiettivi fissati. I dati vengono diffusi e discussi in reparto.</i>
4.1.4	4.2.4	B	Le informazioni di base dei pazienti sono complete.	
4.1.5	4.2.3 5.4.2	A	Il sistema informativo sui costi è analitico.	<i>Spese generali, vitto, personale, spesa sanitaria (con distinta la spesa farmaceutica e di prestazioni di diagnostica strumentale), manutenzione ordinaria, manutenzione straordinaria, rinnovo attrezzature, oneri finanziari.</i>
4.1.6	5.4.2 8.4	A	Esiste un sistema di ricostruzione dei costi per paziente trattato.	
4.1.7	4.2.4	B	I dati gestionali originati dalla cartella clinica sono sistematicamente rilevati.	<i>Devono essere rilevati: durata media della degenza generale e per le categorie prevalenti, tasso di occupazione posti letto, mortalità, destinazione alla dimissione, dati sullo stato funzionale e la comorbilità in modo da pesare alcuni parametri, es. durata della degenza, per la tipologia degli ospiti.</i>

4.2 Sistema delle verifiche e dei controlli interni

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
4.2.1	5.5.2 6.4	B	È stata nominata una persona responsabile della definizione delle procedure di sicurezza e della prevenzione delle malattie e degli infortuni professionali.	<i>La nomina può essere di pertinenza aziendale.</i>
4.2.2	8.2.1	A	Viene rilevato periodicamente il livello di soddisfazione dei pazienti, delle loro esigenze e aspettative.	<i>Almeno una rilevazione negli ultimi 3 anni deve essere stata analizzata e aver portato a modifiche migliorative.</i>
4.2.3	5.3 5.4.1 5.4.2	A	Vi è un piano attuativo per la qualità che comprende le iniziative da effettuare nel corso dell'anno.	<i>Il piano deve comprendere almeno alcuni obiettivi di qualità, collegati o meno con la carta dei servizi, ad esempio diminuzione dell'uso di contenzioni, riduzione degli effetti collaterali dei farmaci, ecc.. Gli obiettivi devono essere formulati in termini misurabili, riproducibili, in modo che sia avversari sia sostenitori siano poi d'accordo sul fatto che siano stati raggiunti o meno. Inoltre il piano attuativo deve comprendere l'effettuazione di alcune attività fondamentali, collegate o meno al raggiungimento degli obiettivi di cui sopra, ad esempio costituzione di gruppi di</i>

				<i>miglioramento di qualità, effettuazione di almeno un progetto di MCQ professionale, di un progetto di MCQ organizzativo e di un progetto di MCQ rivolto agli aspetti di personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza (qualità percepita).</i>
4.2.4	5.1 5.3	B	Nel complesso la direzione dell'U.O. è davvero attiva nel promuovere e sostenere le attività di valutazione e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.	<i>Vedi funzionigramma.</i>
4.2.5	5.3 8.2.2 8.2.3 8.2.4 8.5.1	A	Sono stati svolti progetti di Miglioramento Continuo di Qualità negli ultimi 36 mesi su almeno due di questi punti: <ul style="list-style-type: none"> • appropriatezza delle ammissioni; • uso dei farmaci; • controllo delle infezioni: • incidenza di eventi sentinella; • valutazione di altri esiti; • nursing di base; • modalità di pianificazione e di verifica dei piani personalizzati; • qualità della documentazione clinica e sociale; • altri aspetti dei processi diagnostici, terapeutici e riabilitativi; • sicurezza degli operatori. 	<i>Un progetto comprende la scelta del problema in base a criteri di priorità, la definizione del problema, la definizione dei criteri di buona qualità e degli indicatori relativi, lo studio delle cause e la precisazione quantitativa dell'entità del problema, l'effettuazione di un intervento migliorativo, la valutazione dei risultati ottenuti, la comunicazione degli stessi.</i>
4.2.6	8.4	A	Le segnalazioni suddette portano anche all'analisi delle possibili cause e dei possibili fattori prevenibili.	<i>Le segnalazioni non dovrebbero avere solo uno scopo medico-legale, ma essere utilizzate a fine di MCQ; la maggior parte degli eventi gravi dovrebbero essere stati indagati e almeno una di queste indagini negli ultimi 3 anni dovrebbe avere portato a cambiamenti per ridurre il rischio che si verifichi di nuovo.</i>
4.2.7	5.3 5.4.2 6.2.2	B	Nell'U.O. è promossa l'adozione di linee guida professionali.	<i>Dovrebbero essere in vigore o essere in progetto per la loro approvazione entro due anni linee guida professionali relative alla maggior parte delle condizioni cliniche più frequenti e di maggiore gravità e le prestazioni più importanti in termini di frequenza, di costo e di rischio per i ricoverati.</i>
4.2.8	5.3	B	Nell'U.O. è promossa l'adozione di procedure.	<i>Dovrebbero essere in vigore o essere in progetto per la loro introduzione entro due anni le procedure relative all'ammissione del paziente, alla gestione delle liste di attesa, all'accoglimento e la registrazione iniziale, alla gestione delle urgenze cliniche, alle modalità di prelievo, conservazione, identificazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento, alle modalità di compilazione, conservazione e archiviazione dei documenti clinici, alle modalità di pulizia e di sanificazione degli ambienti, alle modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti sanitari, allo smaltimento dei rifiuti.</i>
4.2.9	4.2.3	B	Le linee guida professionali e le procedure applicabili nel servizio sono riunite in appositi manuali.	<i>Vi deve essere un elenco e deve essere specificato per iscritto dove le procedure e le linee guida professionali vanno conservate e sono disponibili.</i>
4.2.10	4.2.3	B	Viene conservata una copia (ed una copia soltanto) delle vecchie procedure e linee guida professionali al momento dell'approvazione di una nuova revisione.	
4.2.11	5.6.1 5.6.2 5.6.3	B	Vi sono evidenze che le procedure sono soggette a revisione per valutare la loro adeguatezza.	<i>Almeno un terzo delle procedure deve essere discusso ogni anno da gruppi di lavoro appositi con rappresentanti di tutte le parti interessate; delle decisioni del gruppo deve esistere verbale scritto.</i>
4.2.12	5.6.1 5.6.2 5.6.3	B	Vi sono evidenze che le linee guida professionali sono soggette a revisione per verificare la loro adeguatezza e attualità.	<i>Almeno un terzo delle linee guida professionali deve essere discusso ogni anno da gruppi di lavoro appositi con rappresentanti di tutte le parti interessate e disamina delle nuove rassegne, metaanalisi e linee guida professionali pertinenti apparsi nella letteratura scientifica; delle decisioni del gruppo deve esistere un verbale scritto.</i>
4.2.13	5.6.1 5.6.2 5.6.3	A	È stata elaborata una procedura generale sulle modalità di elaborazione, di diffusione, di verifica dell'applicazione e di revisione delle procedure.	
4.2.14	5.6.1	A	È stata elaborata una procedura generale sulle modalità di elaborazione, di diffusione, di verifica	

	5.6.2 5.6.3		dell'applicazione e di revisione delle linee guida professionali.	
4.2.15	5.6.1	A	Nell'elaborazione delle linee guida vengono coinvolti i Medici di Medicina generale.	<i>Per le patologie in cui è importante l'assistenza extraospedaliera.</i>
4.2.16	6.2.2	B	Il personale sa dove sono le procedure e le linee guida professionali che lo riguardano e le può consultare velocemente.	
4.2.17	5.6.1 5.6.2 5.6.3	B	Il sistema qualità viene riesaminato ad intervalli regolari per valutare le sue capacità di produrre miglioramenti.	<i>Il riesame deve avvenire almeno ogni 3 anni, essere documentato per iscritto e riguardare le informazioni disponibili sull'efficienza e l'efficacia del servizio, i miglioramenti introdotti per effetto delle attività di qualità, i risultati della verifica dell'applicazione delle procedure e delle linee guida professionali e l'adeguamento del sistema ad eventuali innovazioni tecnologiche e ad eventuali cambiamenti legislativi, sanitari e sociali.</i>
4.2.18	4.2.4	B	Vengono effettuati progetti di MCQ sulla completezza e la qualità dei dati rilevati dal sistema informativo di routine.	
4.2.19	5.5.2 6.2.2	B	È stato nominato un Coordinatore della formazione.	<i>La nomina può essere di pertinenza aziendale.</i>
4.2.20	6.4	B	Vi è una supervisione interna dell'igiene ambientale, anche se questa è appaltata a servizi esterni.	<i>Il capitolato d'igiene ambientale è noto al Coordinatore di Reparto.</i>

4.3 Carta dei servizi

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
4.3.1	7.2.3	A	I familiari vengono informati con un linguaggio chiaro e semplice dei loro diritti/doveri e di quelli dei pazienti fin dal momento dell'ingresso.	
4.3.2	5.1 5.3	B	È stata approvata la carta dei servizi.	<p><i>Deve essere facilmente consultabile da ammalati, familiari e volontari, essere scritta con un linguaggio semplice e comprensibile da persone comuni; riporta tra l'altro:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>le prestazioni e i servizi forniti, comprese l'assistenza spirituale;</i> • <i>l'elenco del personale con l'indicazione delle loro funzioni;</i> • <i>le procedure di accesso e i tempi medi e mediani di attesa;</i> • <i>la descrizione dell'UO, con la tipologia delle camere;</i> • <i>i diritti ed i doveri dei pazienti e dei familiari;</i> • <i>le modalità con cui sono raccolti e analizzati i reclami e i suggerimenti dei pazienti e dei familiari e le modalità con cui viene dato loro risposta;</i> • <i>l'impegno a garantire il rispetto dell'individualità di ogni paziente;</i> • <i>l'impegno a favorire il mantenimento di orari del vivere quotidiano culturalmente accettabili, considerata la disponibilità di risorse;</i> • <i>l'impegno a consentire orari di visita ampi e flessibili;</i> • <i>l'impegno a favorire la collaborazione con familiari, amici, conoscenti;</i> • <i>l'impegno a richiedere e a favorire l'opera del volontariato, nel rispetto delle esigenze espresse dai pazienti, e ad agevolare i contatti con associazioni o gruppi che possano tutelare i loro diritti;</i> • <i>l'impegno a garantire la riservatezza nella gestione dei dati e tutela della privacy;</i> • <i>l'impegno a favorire attività di MCQ professionale e la descrizione degli obiettivi di qualità professionale che l'UO si è proposta;</i> • <i>altri impegni nel campo della qualità percepita (relativi ad esempio alle modalità di relazione tra operatori e pazienti e familiari, al comfort alberghiero, alle informazioni per gli utenti e i familiari, alle modalità di accoglienza, etc).</i>
4.3.3	7.2.3	B	Della carta esiste una versione in forma di opuscolo facile da consultare.	<i>Deve fare riferimento alla carta per esteso, specificare come ottenerla, trattare in breve i temi di cui al requisito precedente.</i>

4.3.4	7.2.3	B	La carta nella sua versione ridotta è stata ampiamente distribuita.	<i>Deve essere stata distribuita a tutti i dipendenti, ai ricoverati e/o ai loro familiari, alle direzioni dei servizi sociali e sanitari della zona, alla maggior parte delle associazioni di utenti e di volontariato della zona, alla maggior parte dei medici generali della zona.</i>
4.3.5	5.1 5.3 5.6.1	B	La carta viene periodicamente aggiornata.	<i>È stata formulata o aggiornata da non più di 3 anni.</i>
4.3.6	5.1 7.2.3	A	Sulla carta sono definiti i rapporti con le associazioni di tutela e di volontariato e/o con associazioni che rappresentano pazienti affetti da specifiche patologie ed i loro familiari.	
4.3.7	6.2.2	A	Tutte le categorie di personale addetto all'assistenza sono state formate nelle abilità di comunicazione di base.	<i>Mostrare cortesia e rispetto, ascolto attivo, esprimere commenti positivi, esprimere critiche in modo assertivo e non aggressivo.</i>
4.3.8	7.2.3	A	L'UO dispone di opuscoli e dépliant scritti in modo divulgativo per gli pazienti ed i loro familiari sulle principali patologie o trattamenti geriatrici (demenza, trattamento con anticoagulanti orali, etc.)	

4.4 Sistema qualità e umanizzazione

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
4.4.1	6.2.2	B	Il personale ha mostrato iniziativa ed interesse per la valutazione e il miglioramento della qualità.	<i>Ha proposto negli ultimi 24 mesi almeno 2 cambiamenti ragionevoli nelle pratiche amministrative o assistenziali.</i>
4.4.2	5.4.1 5.4.2 6.2.2	A	È in corso un piano di formazione e di aggiornamento del personale.	<i>È auspicabile che il piano identifichi i bisogni formativi (vedi glossario) di tutte le figure professionali congruenti con gli obiettivi di sviluppo e di qualità dell'UO, in particolare per quanto riguarda gli interventi riabilitativi non specialistici, le metodologie del MCQ, il modo di rapportarsi ai pazienti con demenza, l'uso dei farmaci, l'identificazione e il trattamento delle infezioni, la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito.</i>
4.4.3	7.2.3	B	Esiste una procedura scritta su come viene consegnata qualsiasi documentazione ad ogni paziente.	<i>All'ingresso, durante il ricovero ed alla dimissione.</i>
4.4.4	7.2.3	A	È previsto l'intervento di una commissione di pazienti o loro rappresentanti nella compilazione e/o nell'aggiornamento dei materiali sopra citati.	<i>Sono coinvolti: associazioni di categoria sindacali, gruppi organizzati, ecc..</i>
4.4.5	4.2.4 7.2.3	B	È prevista una procedura, supportata da un'apposita modulistica interna, per la presa d'atto di pareri, ringraziamenti, istanze, lamentele sulle cure e sui processi assistenziali prestatati o su qualsivoglia momento della degenza ospedaliera.	
4.4.6	7.2.3	A	Vi è un'urna, un contenitore dove raccogliere qualsiasi istanza.	<i>Tipo "la cassetta delle idee".</i>
4.4.7	7.1	B	Il personale è informato dell'esistenza dell'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) e sa indicarne l'ubicazione agli utenti.	
4.4.8	7.1 7.2.3	A	Nei limiti del possibile il paziente può ottenere una riassegnazione del posto letto, per ragioni motivate.	
4.4.9	5.5.3 7.1	A	È previsto che un medico di fiducia del malato possa interreagire con il personale ospedaliero nelle strategie assistenziali.	<i>Esiste un documento che esplicita questa possibilità (es. esistono orari privilegiati per i contatti).</i>
4.4.10	6.2.2 7.1	B	Tutti conoscono le procedure del consenso informato per le varie competenze e riconoscono la modulistica relativa alle varie procedure di raccolta del consenso (trattamento dei dati sensibili, trasfusioni, interventi, procedure invasive, ecc.).	
4.4.11	7.2.3	B	I medici e gli infermieri sono sempre disponibili per incontri e quesiti degli utenti e dei familiari	<i>Eccetto particolari momenti come la visita, etc.</i>
4.4.12	7.2.3	B	Gli orari di visita sono estesi il più possibile.	
4.4.13	7.2.3	B	Esiste una informativa scritta e ben visibile all'utenza, sulle modalità di visita ai pazienti e su come ottenere informazioni.	<i>Esibita al pubblico.</i>
4.4.14	6.2.2 7.1 7.2.3	A	Vi è qualche momento in cui il personale ausiliario (OTA, OSS, ecc.) viene informato sul modello di comunicazione possibile ed auspicabile per il singolo paziente.	<i>Tutti conoscono la comunicazione relativa a soggetti con disturbi del comportamento, psicosi, demenza; ed esiste la figura dello Psicologo di supporto alle attività cliniche e di counselling.</i>
4.4.15	4.2.3	B	Vi sono procedure sulla tutela della privacy e sulla gestione delle informazioni	

4.4.16	7.5.4	B	Vi sono procedure relative alla presa in carico di beni ed alla tutela di valori del paziente (denaro, gioielli, ecc.).	
4.4.17	5.2 7.1	B	Viene garantita la possibilità di culto, secondo la specifica scelta religiosa dei singoli utenti.	
4.4.18	5.1 7.1	A	Viene garantita una mediazione culturale con le persone di nazionalità straniera.	
4.4.19	7.2.3	A	Le informazioni stampate sono disponibili anche nelle lingue straniere più diffuse.	<i>Si tiene conto anche delle particolarità locali (comunità ed etnie insediate).</i>
4.4.20	7.2.3	A	Vi è facilità all'uso del telefono e degli strumenti di comunicazione.	<i>Sono identificate aree adibite all'uso dei cellulari, e c'è disponibilità di carta e matita per assumere appunti o scritture, ecc..</i>
4.4.21	7.2.3	A	È disponibile un punto di ristoro (bar, macchine distributrici di bevande, etc) facilmente reperibile.	
4.4.22	7.2.1	A	Viene rilevata l'anamnesi alimentare all'ingresso o vi è comunque scelta di cibi personalizzati.	
4.4.23	7.2.3	B	Il personale di assistenza può essere facilmente identificato attraverso tessere o cartellini facilmente leggibili dall'utenza, o altre modalità.	<i>Per esempio una bacheca con nome e foto del personale; non sempre gli utenti hanno la capacità di leggere cartellini con carattere molto piccolo.</i>
4.4.24	7.2.3	B	Viene dato del LEI agli utenti, tranne specifica richiesta degli stessi.	
4.4.25	6.4 7.2.3	B	I letti sono confortevoli, le lenzuola sempre pulite, non vi sono cattivi odore in reparto se non per brevissimi periodi di tempo.	
4.4.26	5.1 6.2.2	A	Esiste un'attività di volontariato, che frequenta il Reparto con continuità almeno 5 gg la settimana; a tal fine esistono regole per l'accesso (inclusi orari e copertura assicurativa), e programmi condivisi con il Direttore ed il Coordinatore nella gestione dell'attività prestata.	
4.4.27	6.2.2	A	Il volontariato viene formato a cura del personale della U.O.	
4.4.28	6.3	A	Esistono spazi di socializzazione e di privacy per gli utenti ed i familiari.	
4.4.29	5.2 7.2.3	A	Se un paziente ha gravi difficoltà cognitive, viene sempre identificato un tutore o comunque una persona responsabile di dare il consenso al trattamento, e l'autorizzazione al rilascio di informazioni sanitarie riservate e di gestire le finanze.	
4.4.30	6.2.2	B	Il personale viene sollecitato a frequentare e può facilmente frequentare corsi specialistici per l'assistenza ai malati terminali.	<i>Ad esempio nelle cure palliative, nell'accanimento terapeutico, nella cura del dolore, nella gestione del lutto o nel controllo dei sintomi, nel supporto psicologico al morente ed ai familiari.</i>
4.4.31	5.4.2 7.2.3	A	I familiari che lo desiderino possono accedere al servizio mensa interna.	<i>Anche a pagamento.</i>
4.4.32	5.1 5.3	B	Il sistema premiante è orientato al raggiungimento degli obiettivi della UO e al miglioramento della qualità delle prestazioni.	
4.4.33	5.3	A	In particolare, sono applicati, per stimolare l'impegno e la qualità del lavoro, incentivi a) economici (compenso incentivante) b) funzionali (assegnazione di funzioni superiori nell'ambito dello stesso livello) c) altri.	
4.4.34	6.2.2	B	Il personale ha mostrato iniziativa ed interesse per la valutazione e il miglioramento della qualità.	<i>Ha proposto negli ultimi 24 mesi almeno 2 cambiamenti ragionevoli nell'organizzazione o nelle pratiche assistenziali, registrati nei verbali delle riunioni</i>

5. GESTIONE, SODDISFAZIONE, FORMAZIONE, DEL PERSONALE

5.1 Tipo ed entità delle risorse

5.2 Inserimento e formazione del personale

5.1 Tipo ed entità delle risorse

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
5.1.1	6.1 6.2.2	B	È stato definito il fabbisogno di personale per categoria professionale e posizione funzionale.	<i>Vedi organigramma e funzionigramma</i>
5.1.2	6.1 6.2.2	B	Il personale presente corrisponde agli standard regionali.	
5.1.3	6.2.2	B	La dirigenza medica ha titolo specifico per la pratica geriatrica.	<i>Almeno il Direttore dell'UO è in possesso della Specializzazione in Geriatria. La docenza nella disciplina soddisfa il criterio, per i dirigenti di struttura non complessa, il titolo è sostituibile con 5 anni di anzianità nella branca</i>
5.1.4	6.2.2	B	Il Direttore dell'UO ed almeno il 50% dei medici sono in possesso della specializzazione in Geriatria.	
5.1.5	5.5.1 5.5.2	B	I dirigenti medici con incarico professionale (CCNL art 27, comma 1, lett b , c) sono investiti pienamente della responsabilità di gestione di parte delle risorse dell'UO.	<i>La scelta degli obiettivi negoziati, anche ai fini dell'attribuzione di risultato, consente una pianificazione degli investimenti e delle risorse differenziata per le diverse aree di responsabilità; esiste corrispondenza tra retribuzione di posizione e ruolo formalmente attribuito</i>
5.1.6	4.2 6.2.2	B	Ciascun membro del personale ha un proprio fascicolo dove vengono conservati: <ul style="list-style-type: none"> • il nome e l'indirizzo e il recapito per i casi di necessità o emergenza • la documentazione degli studi fatti e dei precedenti lavori • la documentazione dei corsi a cui ha partecipato come discente e come docente • i riferimenti di eventuali pubblicazioni • eventuali referenze • ruoli particolari ricoperti nell'ambito delle attività di MCQ • raggiungimento o meno di obiettivi concordati; incentivi ottenuti • h) la documentazione relativa al rispetto delle condizioni d'incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato nella struttura 	<i>La gestione e la conservazione dei fascicoli è competenza aziendale. Esiste una procedura di struttura o di presidio che assicura l'aggiornamento della documentazione</i>
5.1.7	4.2.3	B	Vi sono procedure scritte che assicurano la confidenzialità dei fascicoli individuali del personale.	
5.1.8	7.1 7.5.1	B	Vi sono riunioni organizzative regolari.	<i>Almeno una volta ogni sei mesi e con la partecipazione dei responsabili dei vari servizi e rappresentanti delle diverse categorie professionali. Inoltre ogni riunione deve essere documentata da un verbale comprendente l'elenco dei convocati, dei partecipanti, l'ordine del giorno e le disposizioni conseguenti.</i>
5.1.9	8.2.2	B	Viene monitorato e analizzato regolarmente il tasso di assenteismo.	
5.1.10	8.2.2	B	Viene monitorato e analizzato il tasso di turnover e/o la vita professionale media delle varie categorie di personale.	
5.1.11	8.2.2	B	Oltre che mediante l'analisi del turnover del personale e dell'assenteismo, si è cercato di conoscere, per mezzo di vere e proprie indagini o in altro modo, cosa pensa il personale delle condizioni di lavoro, dei rapporti inter e intraprofessionali e quale sia il suo livello di soddisfazione.	<i>Un riferimento al clima interno deve far parte delle valutazioni e del resoconto annuale e può essere rilevato o come percezione del Responsabile dell'UO maturata da colloqui individuali o di gruppo e/o mediante questionari ad hoc</i>
5.1.12	5.5.3	B	Vi sono strumenti per far conoscere al personale le iniziative prese dalla direzione o dal personale stesso.	<i>Almeno una bacheca in ogni ordine di struttura o altro strumento per richiamare l'attenzione.</i>
5.1.13	7.1	A	I turni e gli straordinari sono organizzati in modo da assicurare la massima continuità possibile dell'assistenza.	<i>Esistono procedure aziendali o di struttura che prevedano la gestione delle emergenze relative alla assenza del personale in modo tale da rispettare la specificità degli operatori impegnati in UU.OO. specialistiche ed assicurare la continuità assistenziale.</i>

5.1.14	7.1	B	I turni della dirigenza medica rispondono all'esigenza di assicurare la massima continuità assistenziale	<i>Le attività cliniche assegnate sono svolte almeno 5 giorni su 7, per ogni singolo dirigente.</i>
5.1.15	5.3 6.2.2	B	La direzione riconosce che fa parte delle attività formative e incoraggia anche: <ul style="list-style-type: none"> • la partecipazione alla redazione di linee guida professionali e di procedure. • la partecipazione a progetti di MCQ. • l'effettuazione di stage formativi presso altre strutture. • la supervisione sul lavoro dei nuovi assunti da parte di un collega più esperto. • l'attività di docenza e di tutoraggio. 	<i>Più di un'esperienza negli ultimi 3 anni.</i>
5.1.16	6.1	B	Esiste un piano di orientamento/inserimento del personale di nuova acquisizione o trasferito da altra UO.	<i>Sono previsti: presentazione agli altri operatori, affiancamento ad un operatore esperto, gradualità nell'assegnazione di responsabilità. Vi sono procedure scritte per valutare il personale neoassunto prima della conferma.</i>
5.1.17	6.2.2	A	Tale piano prevede un periodo di affiancamento di almeno 20 giorni per consentire la piena acquisizione della metodica di lavoro	

5.2 Inserimento e formazione del personale

SIGG	ISO	A/B	REQUISITO	NOTE
5.2.1	6.2.2	B	Il personale infermieristico ha seguito corsi di formazione specifici per l'area geriatrica.	<i>Almeno il 30% degli infermieri.</i>
5.2.2	5.5 6.2.2	B	Per ogni dirigente o supervisore o responsabile di progetto esiste una descrizione scritta delle sue funzioni/responsabilità. Anche per ogni altra categoria di personale e posizione funzionale esiste una descrizione scritta delle sue funzioni/responsabilità specifiche per il servizio, al di là di quanto previsto dai contratti di lavoro.	<i>In modo che ognuno sappia che cosa ci si attende da lui: vengono definiti finalità del ruolo e responsabilità, in forma più di obiettivi che di singole e parcellari mansioni. La descrizione è effettuata utilizzando dei verbi che fanno capire come i risultati potranno essere valutati. Ad esempio "assicurare, completare, valutare, garantire, definire", piuttosto che "contribuire, gestire, coordinare", a meno che non si specifichino quali sono i risultati attesi o gli scopi dell'azione</i>
5.2.3	5.4 6.2.2	B	Il fabbisogno formativo e di aggiornamento del personale viene periodicamente rilevato.	<i>È auspicabile che siano identificati annualmente i bisogni formativi (vedi glossario) di tutte le figure professionali congruenti con gli obiettivi di sviluppo e di qualità della UO.</i>
5.2.4	6.2.2	A	Vi è un collegamento tra funzioni/responsabilità e sviluppo professionale del personale.	<i>Almeno 2 esempi nell'ultimo triennio di funzioni/responsabilità o assegnazione di obiettivi di lavoro collegati con l'identificazione e il conseguente soddisfacimento di bisogni formativi. Sarebbe opportuno anche che la descrizione del ruolo e del lavoro richiesto venissero aggiornate dopo l'acquisizione di competenze nuove in seguito alla partecipazione a programmi formativi.</i>
5.2.5	6.2 7.3.1	B	Vi sono procedure scritte per valutare i programmi formativi a cui inviare il personale.	<i>La maggior parte dei programmi formativi a cui hanno partecipato gli operatori della UO nell'ultimo anno rispondevano ai requisiti dell'ECM.</i>
5.2.6	5.5.3 6.2.2	B	Il personale che ha partecipato ad iniziative di formazione esterne viene invitato a diffondere le conoscenze/abilità acquisite.	<i>Almeno il 50% di tali iniziative viene fatta una relazione in una riunione con apposito ordine del giorno.</i>
5.2.7	6.2.2	B	Il personale è addestrato per la gestione delle emergenze (incendio, evacuazione della residenza in caso di calamità).	<i>Almeno i 2/3 degli operatori devono conoscere il proprio ruolo.</i>
5.2.8	6.2.2	B	Nel complesso, la UO destina la maggior parte del proprio budget formativo a iniziative di formazione diverse dalla partecipazione a convegni.	<i>Nelle iniziative diverse sono comprese i corsi pregressuali e postgressuali.</i>
5.2.9	6.2.2	A	Il 30% del credito formativo nel triennio è maturato con la partecipazione a corsi e non a eventi congressuali.	
5.2.10	6.2.2 7.4	A	Vi sono accordi con scuole di diploma universitario per infermiere e/o fisioterapista e/o assistente sociale per l'effettuazione di tirocini nella UO.	<i>Almeno una proposta documentata di avere un tirocinante presso la UO negli ultimi 36 mesi.</i>
5.2.11	6.2.2	B	I rapporti con le figure professionali che cooperano alla definizione del piano d'intervento e alla sua realizzazione sono definiti da procedure scritte e da accordi di cooperazione tra le diverse UU.OO. e/o UU.FF.	<i>Nell'UO operano fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti, assistenti sociali la cui partecipazione è regolata da procedure scritte o altro documento che stabiliscano l'impegno orario e che assicurino la continuità assistenziale</i>
5.2.12	6.2.2	B	I servizi e gli operatori di supporto all'attività delle UU.OO (amministrazione, servizi tecnici, etc.) hanno definito chi sono i loro clienti interni e le modalità di collaborazione e supporto.	<i>Sono definiti tempi minimi di intervento per determinate attività (riparazioni, etc.)</i>
5.2.13	6.2.2	A	Esiste una rilevazione sistematica della soddisfazione dei clienti interni.	

5.2.14	5.5	B	La funzione responsabilità e l'autorità (possibilità di decidere) corrispondono.	<i>In particolare non devono essere attribuite responsabilità di obiettivi il cui raggiungimento dipende da altre persone su cui la persona incaricata non ha nessun potere o se è già stata data ad altri la responsabilità di fare cose simili.</i>
5.2.15	5.5	A	Con ogni quadro dirigente e intermedio e responsabile di progetto vengono negoziati ogni anno gli obiettivi che si impegna a raggiungere.	<i>Gli obiettivi dovrebbero essere espressi in termini misurabili: sono ridiscussi se si verificano eventi imprevisti.</i>
5.2.16	5.4 6.2	B	A parte la partecipazione ai progetti di MCQ, vi sono altri momenti di formazione interna.	<i>Almeno presentazioni di casi difficili o esemplari (audit) e resoconti da parte degli operatori che abbiano frequentato corsi o stage.</i>
5.2.17	5.4 6.2.2	A	Viene dedicata alle attività di formazione (partecipazione a corsi e a convegni e in tutte le forme descritte sopra) una frazione adeguata del tempo di lavoro.	<i>In media almeno il 10% del tempo di lavoro per il personale dirigente e il 3% per il personale esecutivo.</i>
5.2.18	5.4 6.2.2	B	Viene dedicata alle attività di formazione (partecipazione a corsi e a convegni e in tutte le forme descritte sopra) una frazione adeguata del tempo di lavoro.	<i>In media almeno il 10% del tempo di lavoro per il personale dirigente e il 3% per il personale esecutivo.</i>
5.2.19	5.5	A	Nella UO esiste una periodica esplorazione delle iniziative di aggiornamento di tutte le categorie professionali e una sistematica diffusione delle informazioni raccolte.	<i>Almeno quelle tenute nella propria regione.</i>
5.2.20	5.6 7.2	A	Vi è un collegamento tra attività di MCQ e formazione.	<i>Non solo nel senso suddetto (le attività di MCQ possono rientrare nella formazione), ma anche nel senso che le attività di MCQ possono portare ad identificare bisogni formativi che vanno inclusi nel piano di formazione. Almeno un esempio concreto negli ultimi 2 anni</i>
5.2.21	5.6	B	Il personale dirigente è stato formato nel come valutare le attività di qualità ed il funzionamento del sistema qualità.	
5.2.22	6.1 6.2.2	A	Il personale ha facile accesso a informazioni sull'assistenza all'anziano e sul MCQ.	<i>Specificare almeno 3 fonti accessibili.</i>
5.2.23	6.2.2	A	Gli operatori collaborano a progetti di ricerca.	
5.2.24	8.2	A	Viene stimata periodicamente la proporzione del tempo di lavoro che le varie categorie di personale passano a diretto contatto con i ricoverati e/o coi familiari.	<i>Almeno una volta ogni 3 anni.</i>