



Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare
Italian Society for Angiology and Vascular Medicine

MANUALE PER L'ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE DI ECCELLENZA PER LE STRUTTURE SANITARIE DI ANGIOLOGIA

A cura di

G. M. ANDREOZZI, E. MARCHITELLI, R. PEPE

e con la collaborazione del

Gruppo di Studio Qualità ed Accredimento della SIAPAV

con la collaborazione di

D. Aloisi (Bologna), M. Bonifacio (Roma), M. Di Salvo (Catania),
N. Moricca (Roma), M. Rossi (Pisa), M. A. Scomparin (Padova),
A. R. Todini (Roma), A. Visonà (Castelfranco V. – TV)

editing M. B. Galvan e A. Romanato
Unità Operativa di Angiologia
Azienda Ospedaliera Università di Padova

INDICE

Presentazione	III
Introduzione	1
La qualità dell'assistenza sanitaria	1
Valutazione della qualità	2
Organizzazione	3
Accreditamento	3
Le Strutture Sanitarie di Angiologia	4
Altre strutture organizzative che possono accedere al programma per l'accREDITAMENTO di eccellenza	4
Il manuale di accreditamento	5
Autovalutazione, verifica e certificazione	6
Valutatori	6
Il processo di accreditamento	7
Criteri di qualità per l'accREDITAMENTO di eccellenza	8
1) Organizzazione generale	8
2) Strutture	11
3) Attrezzature e dotazioni	12
4) Formazione e aggiornamento	14
5) Sistema informativo e documentazione	15
6) Valutazione e miglioramento	17
7) Linee guida e procedure	19
8) Soddisfazione e sicurezza del personale	20
9) Diritti e soddisfazione dell'utente	21

Presentazione

La SIAPAV è orgogliosa di presentare ai Soci la prima stesura del Manuale per l'Accreditamento di Eccellenza per le strutture sanitarie pubbliche e private di Angiologia. Esso scaturisce dal lavoro di un iniziale Gruppo di Studio, proposto da E. Marchitelli, che aveva già iniziato autonomamente un percorso di qualità nell'ambito della propria Unità Operativa, e nominato dal Consiglio Direttivo del triennio 1997-1999 (Presidente Prof. S. Coccheri).

I primi risultati del lavoro intrapreso sono stati presentati al 20° Congresso Nazionale (Napoli dicembre '98) e portarono all'inserimento della SIAPAV tra le Società Scientifiche Accreditate presso il Ministero della Sanità e la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, momento indispensabile per poter rendere la Società a sua volta accreditante.

Nei Congressi dei due anni successivi (Bologna novembre '99 e Roma novembre 2000) il Gruppo di Studio mise in evidenza la necessità di proseguire sulla strada intrapresa, ponendosi come nuovo obiettivo la compilazione di un Manuale per l'Accreditamento di Eccellenza. Questo percorso è ancora abbastanza nuovo per il nostro Paese, e la SIAPAV è molto soddisfatta di essere tra le Società Scientifiche Italiane che hanno affrontato questo importante aspetto organizzativo.

Nel corso dei citati congressi tutti i Soci sono stati invitati a portare il loro contributo, ed il Gruppo di Studio, grazie alla preziosa

collaborazione di Colleghi operanti in diverse Regioni Italiane, ha potuto operare le proprie scelte tenendo in adeguata considerazione le realtà operative esistenti.

Il lavoro si è articolato nella redazione di bozze del manuale e nelle successive modifiche apportate da ciascun partecipante.

Nel luglio del 2001 il Gruppo s'è riunito a Roma insieme al Presidente della SIAPAV e, con la collaborazione preziosa della Unità Operativa per la Qualità della ASL RMC di Roma, ha redatto la bozza finale e definito i requisiti minimi indispensabili per poter iniziare il processo di accreditamento.

Nell'ottobre 2001 il Consiglio Direttivo del triennio 1999-2002 (Presidente Prof. G. M. Andreozzi) ha definitivamente approvato la stesura definitiva che è stata affidata per la pubblicazione all'editore della rivista *Minerva Cardioangiologica*, organo ufficiale della Società.

Lieta del risultato raggiunto, la SIAPAV si augura che le strutture sanitarie angiologiche aderiscano numerose all'iniziativa, nel convincimento che anche la sola decisione di aderire al programma per l'accREDITamento possa rappresentare per ciascuno un'occasione preziosa di miglioramento della qualità attraverso il meccanismo dell'autovalutazione.

In base all'esperienza sul campo che maturerà nell'immediato, la SIAPAV ha in programma la periodica revisione dei criteri proposti e l'organizzazione di attività di formazione sul miglioramento continuo della qualità.

Manuale di accreditamento delle U.O. di angiologia

Con la collaborazione di G. M. ANDREOZZI, E. MARCHITELLI, R. PEPE
D. ALOISI, M. BONIFACIO, M. DI SALVO, N. MORICCA,
M.ROSSI, M.A. SCOMPARIN, A. R. TODINI, A. VISONA'

Introduzione

Gruppo di Studio "Qualità ed Accreditamento"
della SIAPAV

L'obiettivo principale di ogni atto medico è l'efficacia clinica, realizzata attraverso la ricerca sistematica, l'apprendimento e l'utilizzo dei risultati dell'indagine scientifica.

Una buona pratica clinica, senza per questo essere ingabbiata in rigidi schematismi che farebbero perdere la visione olistica del paziente, va finalizzata non soltanto all'efficacia clinica in senso stretto, ma anche al costante impiego di metodologie rigorose, basate sempre più sull'evidenza, sempre meno sul consenso tra esperti, quasi mai sulla aneddotica.

Se questo principio vale per tutta la pratica clinica assume un valore ancora maggiore, quasi categorico, per le procedure diagnostiche che devono essere il più possibile uniformi su tutto il territorio e mai utilizzare pratiche obsolete.

Le linee guida diagnostiche e terapeutiche sono senza dubbio un valido strumento per tendere all'obiettivo, ma da sole non sono sufficienti; è necessario che il medesimo rigore scientifico sia applicato anche ai modelli organizzativi delle strutture che devono erogare i servizi sanitari applicando le linee guida.

Senza un modello organizzativo adeguato, che eroghi prestazioni qualitativamente affidabili, l'applicazione rigorosa delle linee gui-

da diagnostiche e terapeutiche rischierebbe di produrre ricadute negative sulla salute del cittadino-utente, con procedure applicate in ossequio alle linee guida, ma da ripetere più volte perché qualitativamente poco affidabili.

Pertanto, il miglioramento continuo della qualità (MCQ) dell'assistenza sanitaria (tecnico, scientifico ed organizzativo) è la premessa indispensabile e prioritaria di ogni politica sanitaria, in modo particolare quando la patologia da trattare ha un andamento cronico nel tempo, con obiettivi specifici rappresentati dal rallentamento dell'evoluzione della malattia, dalla riduzione dell'incidenza di complicanze e dal miglioramento della qualità della vita.

La qualità dell'assistenza sanitaria

L'obiettivo *qualità dell'assistenza sanitaria* è, secondo l'OMS, adoperarsi affinché ogni paziente riceva atti diagnostici e terapeutici tali da conseguire i migliori esiti possibili in termini di salute, in rapporto allo stato delle cono-

scienze scientifiche, con il minor costo ed i minori rischi iatrogeni ammissibili. Di pari importanza è la soddisfazione del paziente, rispetto agli interventi ricevuti, agli esiti ottenuti ed alle interazioni umane avute all'interno della struttura sanitaria che lo ha assistito.

Ogni Medico ritiene di lavorare quotidianamente al meglio delle proprie possibilità, secondo scienza e coscienza, tuttavia quasi mai la verifica della bontà delle metodologie di lavoro, ed il loro miglioramento quando necessario, sono contemplate nell'attività quotidiana del Medico e/o dell'équipe sanitaria.

L'idea di disciplinare tutti gli operatori sanitari (Medici ed Infermieri) al concetto di *valutazione della qualità* potrebbe apparire una limitazione alla libera ed autonoma gestione del management del cittadino malato, ed una prevaricazione del rapporto individuale fiduciario tra medico e paziente. E questa una visione limitativa del processo, spesso impugnata a difesa di un *non aggiornamento scientifico*, piuttosto che un'affermazione di libertà individuale. Va tenuto ben presente che soltanto una *nuova cultura*, volta al miglioramento continuo, può efficacemente abbattere ogni forma di resistenza individuale all'autovalutazione e al cambiamento, e che un progetto di valutazione della qualità può rappresentare un valido strumento per ottimizzare i risultati e misurare la reale efficacia di una procedura o dell'esistenza stessa di una disciplina.

Nessun Legislatore e nessun Amministratore, infatti, potranno disconoscere *l'efficienza*, *l'efficacia* e la necessità di un certo tipo di assistenza, se il suo impatto sulla storia naturale di una malattia (o di un certo gruppo di malattie) è valutato e verificato attraverso procedimenti oggettivi anziché su suggestioni soggettive ed individuali, in accordo con i più moderni orientamenti della Medicina basata sull'Evidenza.

L'Angiologia come disciplina autonoma è da sempre relegata ad un ruolo del tutto secondario dall'organizzazione sanitaria italiana, e tuttavia la sua esigenza è ampiamente manifestata dai malati che sempre più richiedono l'intervento di specifici specialisti. Il continuo

aumento della domanda assistenziale, ben nota agli operatori del settore, non potrà però mai essere adeguatamente considerata dalle Istituzioni senza un oggettivo supporto di dati scientificamente dimostrabili, che consentano di provare la bontà e l'efficacia di un intervento specialistico mirato.

Un adeguato progetto di valutazione della qualità sarà indispensabile e fornirà elementi oggettivi di riflessione sull'opportunità di potenziare (istituendolo dove manca) questo settore assistenziale.

Valutazione della qualità

La valutazione della qualità non può prescindere dall'acquisizione di una metodologia specifica del modello organizzativo, che prevede l'identificazione di tre elementi fondamentali, la *funzione*, il *processo*, *l'esito*, quest'ultimo da misurare in base a riferimenti precisi (*indicatore*). In campo sanitario la metodologia potrebbe essere così esemplificata:

- *funzione*: ogni struttura sanitaria può svolgere una o più funzioni, come ricovero ordinario, il day hospital, il day surgery, l'ambulatorio integrato o day hospital diagnostico, etc;

- *processo*: definizione delle urgenze e delle emergenze angiologiche, necessità di percorsi diagnostici personalizzati ed eventualmente facilitati per patologia;

- *esito*: riduzione delle complicanze, miglioramento dell'outcome del paziente;

- *indicatore*: amputazioni totali/CLI trattate nell'anno; CLI/AOP totali trattate nell'anno; ulcere flebostatiche/IVC totali trattate nell'anno; misura della qualità di vita (QoL e QoL utility).

L'adozione di questa metodologia, di per sé, porterà ad evidenziare alcune semplici e banali anomalie organizzative; la *procedura per l'accreditamento*, mediante il preliminare processo di *autovalutazione* e la successiva elaborazione di un piano di adeguamento, possono essere lo strumento per avviarne la correzione e condurre al miglioramento della qualità anche indipendentemente dall'accreditamento stesso.

Organizzazione

Il presupposto fondamentale per il buon funzionamento di ogni struttura sanitaria, indipendentemente dal *modello organizzativo* (unità operativa complessa, unità operativa semplice, ambulatorio territoriale, ecc.) è l'*organizzazione* definibile come un *sistema di elementi*, differenti ma interdipendenti tra loro, che concorrono alla realizzazione di *processi intenzionalmente orientati* al raggiungimento di uno scopo.

L'esigenza di un'organizzazione mirata scaturisce da un insieme di *fattori* (bisogni, mandati istituzionali, ambiente, ecc.) che ne delimitano la ragion d'essere e di obiettivi da raggiungere (i problemi da risolvere).

Per raggiungere questi obiettivi l'organizzazione predispone specifici processi tecnici (produzione del bene servizio) che, mediante adeguate *procedure di supporto* (amministrative, finanziarie, logistiche, ecc.), producono il *risultato finale* (prestazioni sanitarie ed esiti ultimi da esse derivanti), come la modifica di un comportamento, la diminuzione di esposizione ad un fattore di rischio, il reale effetto sulla salute in termini di riduzione di morbilità o mortalità, il miglioramento della qualità della vita.

Ciascuno di questi processi presuppone un'azione di governo, di *regolamentazione* e di *controllo* (*processi manageriali* sia della componente squisitamente tecnica (medici e infermieri) sia della componente di supporto (logistica, amministrazione), al fine di verificare da un lato il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione stessa, e dall'altro il clima della componente sociale, delineato dal grado di soddisfazione degli operatori all'interno dello staff e degli utenti.

Accreditamento

Uno degli strumenti più efficaci per stimolare e certificare il miglioramento qualitativo dell'assistenza sanitaria è rappresentato dall'*accreditamento* delle strutture preposte all'erogazione delle prestazioni.

In Italia, l'istituto dell'Accreditamento è dal

1988 Legge dello Stato, perfezionata dai D.L. 502/92, 517/93 e successivi e, del tutto recentemente, dal D.L. 229/99.

A buon diritto entra quindi a far parte del Piano Sanitario Nazionale, che lo definisce quale uno degli strumenti per la garanzia dei livelli di assistenza, presupposto irrinunciabile per l'individuazione dei soggetti erogatori.

E questo l'*accreditamento istituzionale*, che rappresenta il processo attraverso il quale le strutture autorizzate, pubbliche o private, o i professionisti che ne facciano richiesta, acquisiscono lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie per conto del S.S.N. Definito nelle grandi linee, l'accreditamento istituzionale manca ancora di dettagli operativi in alcune regioni.

L'*accreditamento di eccellenza* si basa invece sull'adesione volontaria ad indicazioni e regole che definiscono i livelli di qualità di una struttura sanitaria, individuale o di équipe.

E' necessario che le regole siano

- definite in base alle conoscenze scientifiche;
- raccolte da un gruppo di esperti o da un'associazione scientifica;
- condivise dai membri del gruppo o dagli associati;
- facilmente utilizzabili e modificabili nell'ambito del consenso del gruppo medesimo.

Caratteristiche principali di un processo per l'accreditamento di eccellenza:

- essere un processo attivo e autoregolato;
- essere organizzato, controllato e gestito da un'associazione professionale (Società Scientifica);
- essere finalizzato alla promozione della qualità della struttura attraverso la verifica dell'adesione ad una serie di criteri ai quali si riconosce la capacità di esaltare le probabilità di ottenere risultati ottimali in termini di qualità;
- essere fondato sull'adesione professionale volontaria, non obbligatoria, degli operatori e delle strutture sanitarie interessate;
- essere indipendente da organi governativi;
- prevedere l'*aggiornamento periodico* dei criteri e degli standard;

- prevedere l'addestramento dei partecipanti al programma di autovalutazione;
- attuare la verifica della reale corrispondenza organizzativa ai criteri mediante visite di gruppo di "pari", volontariamente richieste e, quindi, concettualmente e praticamente in tutto diverse dall'ispezione;
- essere un momento di consulenza con lo scambio di pareri e di esperienze tra esperti;
- essere in grado di avviare un feedback su efficienza, efficacia ed adeguatezza di una struttura, attraverso l'identificazione di espliciti obiettivi tendenti al miglioramento del modello organizzativo, dell'uso delle risorse e del lavoro in generale.

Dopo l'elaborazione di Linee Guida clinico-diagnostiche in collaborazione con altre Società Scientifiche consorelle, la SIAPAV ha ritenuto opportuno affrontare anche questo aspetto organizzativo, al fine di poter definire le caratteristiche di una struttura come *operante in eccellenza*, in tutte le realtà e in tutti i settori dell'assistenza sanitaria ai malati vascolari.

Le Strutture Sanitarie di Angiologia

L'*Angiologia* è per definizione tabellare ministeriale disciplina specialistica assistenziale di *area medica*. L'aggettivo "Medica" utilizzato da alcune strutture è da ritenere pleonastico e, ove possibile, andrebbe omissso; l'unico sinonimo accettabile (anche se di derivazione anglofona) è il termine *Medicina Vascolare* utilizzato nella ragione sociale di lingua inglese della SIAPAV.

Il termine *Angiologia* identifica l'attività sanitaria che si occupa della prevenzione, della diagnosi, della terapia e della riabilitazione delle malattie vascolari (malattie delle arterie, delle vene, dei vasi linfatici) nella fase "non chirurgica" della loro storia naturale.

La dizione *Angiologia* non deve pertanto essere utilizzata per definire strutture di area chirurgica o di altra specialità.

Le tipologie delle strutture sanitarie di Angiologia attualmente identificate in Italia da un censimento della SIAPAV sono le seguenti:

Unità Operative complesse di Angiologia

Reparti ospedalieri di Angiologia (di ospedalità pubblica o privata), con organico Medico (Dirigenti) e Infermieristico autonomo, identificabili come centro di costo autonomo, dirette da un Direttore responsabile (ex Primario), confluenti o non in modelli organizzativi più ampi (aree omogenee o dipartimenti)

Unità Operative semplici di Angiologia

Reparti ospedalieri (di ospedalità pubblica o privata) dedicati all'Angiologia ed alla Patologia Vascolare nell'ambito di altre unità operative complesse; queste unità operative semplici si dedicano prevalentemente ad attività ambulatoriale di diagnostica strumentale angiologica e di clinica angiologica per ricoverati all'interno di strutture ospedaliere o per utenti del territorio.

Ambulatori Specialistici di Angiologia, operanti sul territorio

Ambulatori territoriali dipendenti dal Sistema Sanitario Nazionale o Regionale (ex ambulatori degli Enti di Previdenza ed Assistenza), che svolgono attività di consulenza clinica (programmi terapeutici domiciliari) e di diagnostica strumentale.

La SIAPAV si augura che le strutture denominate in modo differente, ma rispondenti ai requisiti delle unità operative di Angiologia, modificino la propria denominazione istituzionale al fine di garantire all'utenza una univoca informazione evitando sinonimi e bizantinismi che spesso nascondono qualità organizzative piuttosto modeste.

E altresì auspicabile che all'interno delle strutture sanitarie di Angiologia operi personale che abbia seguito un adeguato training formativo certificato e valutabile.

Altre strutture organizzative che possono accedere al programma per l'accreditamento di eccellenza

Il Gruppo di Studio per la qualità e l'accreditamento della SIAPAV ha ritenuto opportuno

che anche altre tipologie assistenziali che si occupano di patologia vascolare possano accedere al programma per l'accreditamento. Esse sono state al momento così identificate:

Studi Specialistici Privati di Angiologia

Gestiti da Specialisti in Angiologia, svolgono attività di consulenza clinica e di diagnostica strumentale in regime libero professionale.

Laboratori di Diagnostica Vascolare

Strutture pubbliche e private che operano autonomamente o all'interno di unità operative ospedaliere, con attività limitata alla diagnostica strumentale angiologica, gestita da personale che abbia seguito un adeguato training formativo certificato e valutabile. Per tutte le tipologie assistenziali indicate nei paragrafi precedenti, è ritenuto requisito indispensabile di eccellente qualità organizzativa, l'accoglimento di tutte le richieste diagnostiche e/o cliniche inerenti la Patologia Vascolare; pertanto strutture che si occupano settorialmente di alcune patologie vascolari e non di altre, non sono considerate come operanti in modo organizzativamente eccellente e quindi non possono accedere al programma di accreditamento.

Il manuale di accreditamento

Il manuale è stato costruito aggregando una serie di criteri in grado di indagare il livello di qualità raggiunto dai vari fattori, obiettivi, processi tecnici, procedure di supporto e risultati, che concorrono a definire la qualità di una struttura intesa come:

- qualità dei processi manageriali;
- qualità delle azioni tecniche e degli esiti;
- qualità percepita dagli operatori e dall'utente.

A questo scopo, per ciascuna di queste dimensioni, sono stati definiti dei criteri, che rappresentano il *livello atteso di buona qualità*, con i quali poter leggere la *buona qualità della struttura* e dei *processi svolti*.

I criteri sono stati individuati in base alla letteratura validata, allo stato dell'arte, all'esperienza professionale, definendoli con una *frase mirata* ad esprimere le caratteristiche di oggettività, di misurabilità, di riproducibilità, di accettabilità propria del criterio.

Le caratteristiche che hanno ispirato la definizione dei criteri sono stati:

- *realismo* (scelta basata su fattori già presenti nel sistema o implementabili in tempi brevi);
- *essenzialità* (semplicità di valutazione degli elementi fondamentali per l'avvio di un sistema di verifica qualità);
- *semplicità* (facile comprensione ed applicazione).

Alcuni criteri sono stati individuati come *minimi* ed *indispensabili* per una buona qualità di assistenza angiologica, e rappresentano la base comune di partenza del programma di miglioramento della qualità.

I criteri sono stati suddivisi in aree corrispondenti agli elementi costitutivi del sistema organizzativo:

1. organizzazione generale
2. strutture
3. attrezzature e dotazioni
4. formazione ed aggiornamento
5. sistema informativo e documentazione
6. valutazione e miglioramento
7. linee guida e procedure
8. soddisfazione e sicurezza del personale
9. diritti e soddisfazione dell'utente.

La pubblicazione del manuale attiva di fatto il programma per l'accreditamento di eccellenza della SIAPAV, che si propone come garante dei seguenti punti:

- definizione e aggiornamento periodico del manuale;
- definizione delle procedure che regolano il programma (accettazione delle domande, verifiche, ecc.);

- verifica del possesso dei requisiti necessari per l'accreditamento da parte dei richiedenti;
- accreditamento della struttura;
- formazione dei valutatori e dei partecipanti.

Il manuale sarà inviato al *Ministero della Salute*, agli *Assessorati Regionali alla Sanità*, alla Federazione degli Ordini dei Medici

Chirurghi e Odontoiatri e a tutti gli Enti che si occupano di politica sanitaria, affinché tutti i responsabili dell'organizzazione sanitaria del Paese conoscano gli standard di qualità fissati dagli esperti di Angiologia e Patologia Vascolare.

La SIAPAV auspica che Essi invitino le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere e gli Ordini Professionali Provinciali a tenerne conto nella loro attività organizzativa.

Il manuale sarà altresì inviato a tutti i soggetti interessati al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza angiologica.

Autovalutazione, verifica e certificazione

La valutazione della qualità *strutturale* e di *gestione* viene effettuata mediante un sistema a punti che misura il grado di adesione e o di osservanza, da parte della struttura, di una quota o del totale dei criteri indicati.

Ad esempio, il criterio 1.1 "*esiste un documento in cui...*" prevede l'assegnazione del punteggio pieno (40 punti) se è presente tutta la documentazione, metà punteggio (20 punti) se è presente parte della documentazione, nessun punteggio (0 punti) se non è presente alcuna documentazione.

La somma dei diversi punteggi rappresenta la valutazione della struttura.

La struttura che desidera accedere al processo di accreditamento deve innanzi tutto costituire un *nucleo interno di valutazione*, all'interno del quale ogni componente (medico, infermiere, segretaria, etc) deve proporsi volontariamente e con un'adeguata motivazione.

Il nucleo interno di valutazione inizierà un *processo di autovalutazione* seguendo i criteri riportati dal manuale e utilizzando le tabelle riportate negli allegati.

I criteri per i quali l'autovalutazione fornirà i valori più bassi e quelli ritenuti migliorabili con le risorse a disposizione o facilmente reperibili, sono i criteri dai quali è necessario iniziare il programma di miglioramento, identificando gli errori e/o le omissioni da correggere. E' consigliabile iniziare l'autovalutazione ed il piano di adeguamento dai criteri minimi e indispensabili.

Una volta raggiunto un livello ritenuto individualmente ottimale, la struttura potrà richiedere la *verifica* da parte della SIAPAV, inviando apposita domanda e la propria autovalutazione.

La SIAPAV provvederà ad inviare propri visitatori-valutatori (a spese della struttura richiedente) che procederanno alla verifica del livello di qualità raggiunto e produrranno una *relazione di visita*.

In base al risultato verificato, la struttura richiedente potrà;

- ottenere l'accreditamento di eccellenza (durata tre anni);
- essere accreditata per un anno, con raccomandazione di ulteriore miglioramento e ulteriore verifica dopo un tempo determinato;
- non essere accreditata.

La certificazione dell'avvenuto accreditamento sarà attestata da un Diploma di Accredimento con l'indicazione dell'esito ottenuto.

Valutatori

Il ruolo dei visitatori-valutatori è fondamentale per la credibilità e la diffusione dell'accreditamento di eccellenza. Oltre che professionisti di riconosciuto valore, essi devono essere dotati di esperienza organizzativa e di competenze sulla Qualità, sull'Accreditamento e sul Management sanitario. Ma soprattutto devono possedere specifiche attitudini per gli aspetti comunicativi e relazionali che li

rendano idonei a quello scambio di vedute e di opinioni tra pari a cui in ultima analisi deve ricondursi la visita. Il loro atteggiamento non sarà quindi mai di superiorità e di inquisitoria inflessibilità, ma, pur nell'imparzialità e oggettività di giudizio, sarà aperto al dialogo e prodigo di consigli e suggerimenti costruttivi, per meglio capire, interpretare e trasmettere lo spirito e il "vissuto" della visita.

Il processo di accreditamento

Questo processo rappresenta un'inusuale ed innovativa metodologia di scambio di informazioni, pareri ed esperienze, tra esperti.

Per questo motivo il manuale non deve essere visto come un meccanismo di sanzione né i criteri, che al momento rappresentano l'eccellenza, devono essere ritenuti troppo impegnativi.

Il manuale, ed il processo che la SIAPAV propone, sono strumenti mediante i quali è possibile tendere all'eccellenza. Alleggerirli indicherebbe soltanto la volontà di *non*

vedere i problemi, anziché risolverli. E ciò è l'ultima cosa di cui ha bisogno l'Angiologia.

Tendere all'eccellenza significherà dimostrare, in modo oggettivo, quanto i malati testimoniano quotidianamente: l'opportunità e la necessità di avere Angiologi qualificati.

Nella realtà sanitaria italiana l'accREDITamento di eccellenza è una novità che può offrire numerosi vantaggi agli operatori, singoli ed in équipe. Ad essi è demandato (per il tramite delle Società Scientifiche) il compito di definire i criteri di adeguatezza delle strutture sanitarie, ragionando su modelli specifici nazionali, scientificamente redatti, piuttosto che adeguarsi a modelli teorici, squisitamente economici, che poco hanno a che vedere con la salute.

Come è stato più volte ribadito, anche la sola decisione di aderire al programma può permettere un miglioramento organizzativo. L'autovalutazione, fotografando in modo oggettivo la struttura, individua le aree da migliorare e verifica la risoluzione dei problemi; ciò che non sarà possibile ottenere con la verifica interna potrà essere risolto con lo scambio di esperienze tra Pari.

Criteri di qualità per l'accreditamento di eccellenza

Il possesso dei requisiti indicati dai criteri sotto riportati rappresenta, secondo le attuali evidenze, l'eccellenza organizzativa per una unità operativa complessa di Angiologia. Come già indicato nel paragrafo esplicativo del manuale, alcuni di questi criteri sono stati ritenuti indispensabili per accedere al programma e sono definiti **criteri minimi**, riportati in **grassetto** e contrassegnati con il simbolo **cancelletto (#)**, e sono richiesti per tutte le realtà operative.

Oltre al possesso dei requisiti minimi è richiesto anche la rispondenza agli altri criteri di qualità, con una differenziazione a seconda della complessità della struttura. Per ottenere l'accreditamento di eccellenza è necessario raggiungere un punteggio pari al 70% del totale generale e dei criteri minimi; per ottenere l'accreditamento con raccomandazione di ulteriore miglioramento è necessario raggiungere un punteggio pari al 50% del totale generale, ed al 60% dei criteri minimi

Per il processo di autovalutazione ed il calcolo del proprio punteggio, le unità operative di Angiologia, semplici e complesse dovranno utilizzare la tabella dell'allegato A; gli ambulatori specialistici di Angiologia operanti sul territorio ed i Laboratori di Diagnostica Vascolare la tabella dell'allegato B; gli studi privati di Angiologia la tabella dell'allegato C.

1. Organizzazione generale

1.01) Esiste un documento in cui sono esplicitati la visione strategica e gli obiettivi generali e specifici della struttura, integrati in quelli dell'Azienda.

Punteggio	Livello di adesione
40	E' presente un documento contenente la visione strategica e obiettivi
20	E' presente un documento contenente solo uno degli elementi su esposti
0	Non esiste tale documento

1.02) Gli obiettivi specifici della struttura devono:

- essere basati su specifici rilievi di bisogno/domanda, rilevati e/o stimati nella popolazione o desunti da studi epidemiologici applicabili al territorio nazionale o regionale;
- essere misurabili;
- contenere la definizione di tempi e risorse necessarie per il loro raggiungimento;
- essere congruenti con i livelli organizzativi di cui si dispone (Dipartimento, Azienda).

Punteggio	Livello di adesione
30	Almeno il 90% degli obiettivi corrisponde alle caratteristiche
24	Tra il 50 ed il 90% degli obiettivi corrisponde alle caratteristiche
16	Meno del 50% degli obiettivi corrisponde alle caratteristiche
8	Le caratteristiche sopra citate sono rispettate solo saltuariamente
0	Nessun obiettivo corrisponde alle caratteristiche

1.03) 1.03) Gli obiettivi sono orientati a garantire:

- la qualità tecnica delle prestazioni;
- la qualità organizzativa;
- i diritti e la soddisfazione dell'utente;
- la sicurezza e la soddisfazione degli operatori;
- il buon uso delle risorse.

Punteggio	Livello di adesione
20	Gli obiettivi corrispondono alle caratteristiche
15	Gli obiettivi corrispondono ad almeno due delle caratteristiche
10	Gli obiettivi corrispondono ad almeno una delle caratteristiche
0	Nessun obiettivo corrisponde alle caratteristiche

1.04) 1.04) Vi è evidenza che tutto il personale della struttura e tutti gli operatori dell'azienda e gli utenti sono stati messi a conoscenza degli obiettivi specifici.

Interpretazione: presenza di verbali di riunioni, avvisi affissi, copie di lettere inviate, comunicazioni, ecc.

Punteggio	Livello di adesione
10	Tutto il personale della struttura, tutti gli operatori dell'azienda e gli Utenti sono stati messi a conoscenza dell'esistenza di tali obiettivi
5	Solo parte del personale della struttura, degli operatori dell'azienda e degli utenti è stato messo a conoscenza dell'esistenza di tali obiettivi
0	Il personale della struttura, gli operatori dell'azienda e gli utenti non sono messi a conoscenza di tali obiettivi

1.05) Gli obiettivi della struttura devono essere formulati dopo aver sentito tutte le componenti della stessa.

Punteggio	Livello di adesione
10	Gli obiettivi corrispondono alle caratteristiche
8	Parte degli obiettivi corrispondono alle caratteristiche
0	Nessun obiettivo corrisponde alle caratteristiche

1.06) Gli obiettivi devono essere periodicamente riesaminati a scadenze prefissate e comunque almeno una volta ogni tre anni o nel caso si verifichi un cambiamento nel ruolo della struttura, una estensione o riduzione dei servizi esistenti, un cambiamento delle conoscenze professionali, un cambiamento nell'organizzazione delle prestazioni, un cambiamento nell'organizzazione del personale.

Punteggio	Livello di adesione
10	Tutti gli obiettivi sono riesaminati almeno una volta ogni tre anni o quando si verificano le altre condizioni
8	Gli obiettivi sono riesaminati saltuariamente (<3 anni)
3	Gli obiettivi non sono mai riesaminati
0	Non sono definiti gli obiettivi

1.07) È definita in modo dettagliato l'attribuzione del personale alla struttura, con il numero e la tipologia delle diverse figure professionali.

Punteggio	Livello di adesione
20	È definita completamente la pianta organica con il numero e la tipologia delle diverse figure professionali
10	È definita parzialmente la pianta organica con il numero e la tipologia delle diverse figure professionali
0	Non è definita la pianta organica

1.08) La dotazione organica stabilita è rispettata.

Punteggio	Livello di adesione
10	L'organico corrisponde al previsto
5	L'organico corrisponde al previsto almeno per il 70%
0	L'organico corrisponde al previsto in misura inferiore al 70%

1.09) # 1° Criterio minimo.
Sono definite le funzioni che ogni figura professionale è chiamata a svolgere.

Interpretazione: le funzioni sono l'insieme delle attribuzioni e delle responsabilità che ciascuna figura è chiamata a svolgere, in base alla professionalità di appartenenza ed al ruolo gerarchico ricoperto.

Punteggio	Livello di adesione
20	Sono definite le funzioni che ogni figura è chiamata a svolgere
15	Sono definite solo parzialmente le funzioni delle figure professionali
10	Sono definite le funzioni solo per alcune figure professionali
5	Sono definite solo alcune funzioni per alcune figure professionali
0	Non sono definite le funzioni per nessuna figura professionale

1.10) # 2° Criterio minimo.
Sono definiti il tipo di formazione di base e continua necessarie per tutto il personale in rapporto alle funzioni ed alle attività svolte.

Interpretazione: per formazione di base si intende il livello formativo che ogni medico o infermiere devono possedere, o comunque quella individuata sulla stima dei bisogni formativi relativi al ruolo e alla funzione del personale; per formazione continua si inten-

de il mantenimento ed il miglioramento della formazione, che si realizza mediante organizzazione e partecipazione a meeting, seminari, congressi, sulla base degli obiettivi specifici nell'ambito del piano formativo annuale dell'Azienda e dell'ECM.

Punteggio	Livello di adesione
20	Sono definiti il tipo di formazione di base e continua necessarie per tutto il personale
10	Sono definiti solo parzialmente il tipo di formazione di base e continua necessarie per tutto il personale
0	Non sono definiti il tipo di formazione di base e continua necessarie per il personale

1.11) Orario di funzionamento della struttura .

Punteggio	Livello di adesione
20	Apertura almeno 5 giorni la settimana
0	Apertura meno di 5 giorni la settimana

Strutture Ambulatoriali Territoriali di Angiologia, Laboratori di Diagnostica Vascolare, Studi Privati.

Punteggio	Livello di adesione
20	Apertura almeno 3 giorni la settimana
0	Apertura meno di 3 giorni la settimana

1.12) # 3° Criterio minimo.

Deve esistere un documento in cui sono chiaramente indicati:

Punteggio	Livello di adesione	Indicazione
A 3	Il responsabile medico	Si No
B 3	Il responsabile infermieristico che, per i servizi autonomi, deve essere in possesso di abilitazione a funzioni dirette	Si No
C 3	I meccanismi della loro sostituzione in caso di assenza	Si No
D 3	I criteri per la individualizzazione dei pazienti di competenza	Si No
E 3	La tipologia delle prestazioni /attività svolte dalla struttura	Si No
F 3	Le attività di educazione del paziente e/o dei suoi familiari	Si No

Interpretazione: per quanto attiene i punti D ed E, dalla documentazione di archivio deve risultare chiaramente che l'attività routinaria della struttura abbia riguardato e riguardi la patologia arteriosa (tronchi sopra aortici, aorta e arterie viscerali, arterie degli arti), la patologia venosa (trombotica e dilatativa) ed altre manifestazioni di patologia angiologica.

1.13) Nelle strutture ove si svolgano attività didattiche e/o di tirocinio, deve esistere documentazione sugli accordi con le Scuole/Università circa gli obiettivi didattici, la supervisione degli allievi ed i metodi di valutazione.

Punteggio	Livello di adesione	Presenza
a 2	Obiettivi didattici	Si No
b 2	Supervisione allievi	Si No
c 2	Metodi di valutazione	Si No

1.14) Esistono delle procedure di accoglienza scritte per i pazienti che afferiscono alla struttura.

Interpretazione: è importante, per un più corretto approccio psicologico, clinico ed organizzativo, che le strutture adottino specifiche procedure di accoglienza, sia mediche che infermieristiche, atte ad agevolare il paziente ed a ridurre i tempi diagnostici e terapeutici.

Punteggio	Livello di adesione	Presenza
a 6	Esistono procedure scritte e condivise	Si No
b 2	Esistono procedure non scritte	Si No
c 0	Non esistono procedure	Si No

1.15) Esistono delle procedure scritte per l'esecuzione di esami, per la trasmissione di informazioni ad altri Reparti od Ospedali, e per il trasferimento dei Pazienti.

Punteggio	Livello di adesione	Presenza	
a 4	Esistono procedure Scritte	Si	No
b 2	Esistono procedure non scritte	Si	No
c 0	Non esistono	Si	No

1.16) Alla dimissione o trasferimento del paziente dalla struttura viene rilasciata una dettagliata relazione di dimissione e viene effettuato colloquio esplicativo con il paziente e con i Medici del Reparto di trasferimento, allegando idonea documentazione che è parte integrante della cartella clinica del paziente.

Punteggio	Livello di adesione	Presenza	
A 6	Esiste documentazione	Si	No
b 3	Esiste ma non è completa	Si	No
c 0	Non esiste	Si	No

1.17) La richiesta di esami strumentali è accompagnata da informazioni cliniche scritte concordate con l'esecutore.

Interpretazione: indicare la modalità che occorre con maggiore frequenza.

Punteggio	Livello di adesione	Presenza	
A 6	La richiesta è accompagnata da richiesta scritta e concordata	Si	No
b 3	Richiesta scritta ma non concordata	Si	No
c 0	Nessuna informazione accompagna la richiesta	Si	No

1.18) Esiste documentazione della data di richiesta degli esami, della data della loro esecuzione e di invio della risposta.

Punteggio	Livello di adesione	Presenza	
a 6	Esiste documentazione	Si	No
b 3	Esiste ma non è completa	Si	No
c 0	Non esiste	Si	No

2. Strutture

I locali, la logistica e le attrezzature a disposizione della struttura, devono assicurare un

reale ed efficiente funzionamento, anche in funzione della sicurezza del Paziente e degli Operatori Sanitari.

Le caratteristiche strutturali ed architettoniche non possono essere inferiori ai requisiti minimi previsti dall'Accreditamento Istituzionale Regionale; le Aziende Sanitarie e le Aziende Opsedaliere sono responsabili della non rispondenza delle singole strutture ai requisiti richiesti.

2.01) Le caratteristiche strutturali devono essere adeguate alle necessità dei Pazienti e degli Operatori Sanitari; in particolare devono essere presenti:

Punteggio	Livello di adesione	Presenza		Adeguatezza	
a 3 3	Accesso chiaramente indicato all'esterno	Si	No	Si	No
b 6	Accessi percorribili anche da persone portatrici di handicap	Si	No	Si	No
c 3 3	Sala d'attesa per pazienti ed accompagnatori	Si	No	Si	No
d 6	Adeguatezza numero di posti a sedere in sala d'attesa	Si	No	Si	No
e 3 3	Spazi per il colloquio con i parenti (separati dai corridoi d'accesso)	Si	No	Si	No
f 6	Servizi igienici per gli accompagnatori accessibili anche ai portatori di Handicap	Si	No	Si	No
g 6	Adeguatezza delle stanze di degenza in rapporto al numero di posti letto	Si	No	Si	No

2.02) Esiste la possibilità di ricovero?

Punteggio	Livello di adesione	Presenza	
a 5	Possibilità di ricovero in Day Hospital	Si	No
b 5	Possibilità di ricovero ordinario	Si	No

2.03) Devono esistere spazi adeguati per

l'immagazzinamento di:

Punteggio	Livello di adesione	Presenza	Adeguatezza	
a 1 1	Telerie	Si No	Si	No
b 1 1	Attrezzature, strumenti, accessori.	Si No	Si	No
c 2	Farmaci	Si No	Si	No
d 1 1	Materiali sterili	Si No	Si	No
e 1 1	Materiali d'archivio	Si No	Si	No

2.04) Devono esservi contenitori specifici per la raccolta ed eliminazione di attrezzature usate e di rifiuti.

Punteggio	Livello di adesione	Presenza	Adeguatezza	
A 1 1	Contenitori per rifiuti	Si No	Si	No
B 1 1	Contenitori per attrezzature usate (ferri chirurgici, devices, cateteri)	Si No	Si	No

2.05) Deve esistere documentazione che tutti gli impianti siano a norma.

Interpretazione: la documentazione riferita agli impianti elettrici, idraulici e gas, di sollevamento antincendio attinenti alla struttura, deve essere presente e verificabile durante la visita dei valutatori anche se solo in copia.

Punteggio	Livello di adesione
5	E' presente documentazione che attesta che tutti gli impianti sono a norma di legge
3	E' presente documentazione che attesta che parte degli impianti sono a norma di legge
0	Non è presente documentazione che attesta che gli impianti sono a norma di legge

3. Attrezzature e dotazioni

3.01) # 4° Criterio minimo.

Esiste l'inventario delle attrezzature e la definizione dei tempi di aggiornamento delle stesse.

Punteggio	Livello di adesione
10	Esiste l'inventario delle attrezzature completo e aggiornato
5	Esiste l'inventario delle attrezzature non completo e/o aggiornato
0	Non esiste l'inventario delle attrezzature

3.02) # 5° Criterio minimo

Esiste documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature in dotazione

Interpretazione. Manutenzione ordinaria: uso, gestione ordinaria e quotidiana, regole di base di sicurezza, pulizia, conservazione in efficienza, revisione periodica e programmata, sostituzione periodica e prevista di dispositivi o parti di essi; manutenzione straordinaria: gestione di situazioni imprevedibili o non programmabili, al fine di rendere nuovamente operativa la struttura, in modo rapido e sicuro.

Punteggio	Livello di adesione
10	E' presente la documentazione relativa alle procedure da adottare ed agli interventi effettuati di manutenzione ordinaria e straordinaria
5	E' parzialmente presente la documentazione relativa alle procedure da adottare e agli interventi effettuati di manutenzione ordinaria e straordinaria
0	Non è presente documentazione relativa alle procedure ed agli interventi effettuati di manutenzione ordinaria e straordinaria

3.03) Sono stati nominati i responsabili (preposti) dell'attivazione e verifica di tali procedure.

Interpretazione: i Responsabili ed i Preposti non sono soltanto i Direttori ed i Dirigenti della struttura, ma tutti gli Operatori che effettivamente utilizzano le attrezzature e svolgono le attività di uso e manutenzione.

Punteggio	Livello di adesione
10	Sono stati nominati i responsabili di tutte le procedure
5	Sono stati nominati i responsabili di alcune procedure
0	Non sono stati nominati i responsabili delle procedure

3.04) Vi è evidenza che tutto il personale è stato messo a conoscenza dell'esistenza di tali procedure e delle modalità della loro attivazione o dell'individuazione dei responsabili.

Interpretazione: verbali di riunioni, avvisi affissi, copie di lettere inviate, comunicazioni, etc.

Punteggio	Livello di adesione
5	Tutto il personale è stato messo a conoscenza di tutti tali elementi
2	Parte del personale è stato messo a conoscenza di parte di tali elementi
0	Il personale non è stato messo a conoscenza di tali elementi

3.05) # 6° Criterio minimo

La dotazione delle attrezzature sotto indicate rappresenta al momento l'eccellenza organizzativa di una struttura sanitaria di Angiologia; le dotazioni minime e indispensabili sono così definite:

Strutture di cui all'allegato A: attrezzature dei punti: a, b, c, f, h

Per le U.O. semplici è consentita la dotazione dei soli punti a, b, c

Strutture di cui all'allegato B: attrezzature dei punti: a, b, c

Strutture di cui all'allegato C: attrezza-

ture dei punti: a, b, c

Punteggio	Livello di adesione	Presenza
a 5	Sigmomanometro Fonendoscopio (#)	Si No
b 5	Doppler cw (#)	Si No
c 5	Eco color Doppler (#)	Si No
d 3	Pletismografia	Si No
e 3	Doppler e/o eco Doppler transcranico	Si No
f 3	Treadmill (tapis roulant)	Si No
g 3	Laser-Doppler	Si No
h 3	Gas analisi transcutanea	Si No
i 3	Capillaroscopia e video-capillaroscopia	Si No
l 3	Medicheria operatoria (ambulatorio ulcere e minichirurgia)	Si No
m 3	Elettrocardiografo e unità di rianimazione	Si No

3.06) # 7° Criterio Minimo

E' prevista una verifica periodica della dotazione e della sua efficienza

Punteggio	Livello di adesione
10	Vi è una verifica periodica della dotazione e della sua efficienza
5	Vi è una verifica periodica della dotazione o della sua efficienza
0	Non vi è una verifica periodica della dotazione e della sua efficienza

3.07) Esiste documentazione che tutte le attrezzature siano a norma di legge.

Interpretazione: deve essere presente la documentazione anche se solo in copia o comunque verificabile al momento delle visite.

Punteggio	Livello di adesione
5	E' presente documentazione che attesta che tutte le attrezzature sono a norma di legge
3	E' presente documentazione che attesta che parte delle attrezzature sono a norma di legge
0	Non è presente documentazione che attesta che le attrezzature sono a norma di legge

3.08) Esiste un elenco preciso e scritto della dotazione prevista di farmaci e presidi, che è periodicamente controllato.

Punteggio	Livello di adesione
10	Esiste l'elenco ed è periodicamente controllato
5	Esiste l'elenco
0	Non esiste l'elenco

3.09) Le date di scadenza dei farmaci e delle confezioni devono essere periodicamente verificate.

Punteggio	Livello di adesione
15	Le date di scadenza dei farmaci e delle confezioni sono periodicamente verificate a scadenze prestabilite
8	Le date di scadenza dei farmaci e delle confezioni sono periodicamente verificate senza scadenze prestabilite
0	Le date dei farmaci e delle confezioni non sono periodicamente verificate

4. Formazione e aggiornamento

La struttura deve predisporre un piano annuale di formazione continua del personale, mediante l'organizzazione di meeting e seminari interni, e la partecipazione a congressi e corsi di aggiornamento, in accordo con le disposizioni della Commissione Nazionale dell'ECM.

4.01) È predisposto un piano annuale di formazione del personale.

Punteggio	Livello di adesione
30	E' predisposto un piano annuale di formazione del personale
0	Non è predisposto un piano annuale di formazione del personale

4.02) È individuato un responsabile per il

coordinamento del programma.

Punteggio	Livello di adesione
5	E' individuato un responsabile per il coordinamento del programma
0	Non è individuato un responsabile per il coordinamento del programma

4.03) Il piano di formazione contiene l'analisi dei bisogni formativi e la definizione degli obiettivi di apprendimento.

Interpretazione. bisogno formativo è la differenza tra ciò che il discente dovrebbe sapere e ciò che realmente sa (differenza tra competenza attesa e competenza reale).

Obiettivo di apprendimento o educativo misurabile è l'insieme di attività che il discente deve saper fare alla fine del periodo di formazione e deve essere espresso in modo tale che osservatori esterni possano concordare sull'effettivo raggiungimento.

Punteggio	Livello di adesione
20	Il piano di formazione contiene l'analisi dei bisogni formativi e la definizione degli obiettivi di apprendimento
10	Il piano di formazione contiene solo l'analisi dei bisogni formativi o la definizione degli obiettivi di apprendimento
0	Il piano di formazione non contiene nè l'analisi dei bisogni formativi nè la definizione degli obiettivi di apprendimento

4.04) Devono essere definite le competenze ed il training necessario per ogni figura professionale, oltre alle modalità di acquisizione e di valutazione degli stessi.

Punteggio	Livello di adesione
20	Sono definite le competenze ed il training per ogni figura professionale, oltre alle modalità di acquisizione e di valutazione degli stessi
10	Sono parzialmente definite le competenze ed il training necessario per ogni figura professionale, e le modalità di acquisizione e di valutazione degli stessi
0	Non sono definite le competenze ed il training necessario per ogni figura professionale

4.05) Esiste un piano di affiancamento per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

Punteggio	Livello di adesione
20	Esiste un piano di affiancamento per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione
10	Esiste un piano di affiancamento per favorire l'inserimento operativo <i>di parte</i> del personale di nuova acquisizione
0	Non esiste un piano di affiancamento per favorire l'inserimento Operativo del personale di nuova acquisizione

4.06) Sono documentate iniziative interne di aggiornamento (riunioni, meeting etc) con verbali, locandine, avvisi, ecc.

Punteggio	Livello di adesione
20	Sono documentate iniziative interne di aggiornamento
0	Non sono documentate iniziative interne di aggiornamento

4.07) Tutto il personale deve essere preparato per la gestione delle emergenze, attraverso programmi educativi e di addestramento.

La partecipazione a tali attività di aggiornamento e formazione deve essere documentata e verificabile.

Interpretazione. deve essere presente la documentazione dei corsi, svolti localmente od in altra sede, sugli argomenti dell'emergenza. Non è richiesta una documentazione formale di corsi ufficiali, ma la possibilità di verificare il reale svolgimento di attività di aggiornamento o di formazione, anche semplicemente con riunioni informali periodiche all'interno della struttura.

Punteggio	Livello di adesione
20	Tutto il personale è preparato alla gestione delle emergenze attraverso attività documentata
10	Parte del personale è preparato alla gestione delle emergenze attraverso attività documentata
0	Non vi è documentazione di tali attività di preparazione

4.08) Esiste un'adeguata dotazione di testi e riviste scientifiche attinenti le attività svolte, facilmente accessibili.

Punteggio	Livello di adesione	Presenza	Accessibilità
A 5 5	Adeguate dotazione di testi e riviste scientifiche	Si No	Si No

4.09) L'attività formativa e di aggiornamento cui ogni Operatore ha partecipato nell'anno precedente dovrebbe risultare da un elenco sintetico delle attività svolte.

Punteggio	Livello di adesione	Presenza
10	Presenza della documentazione	Si No

5. Sistema informativo e documentazione

I dati clinici e strumentali dei Pazienti osservati devono essere registrati, archiviati e conservati, in forma cartacea o elettronica (auspicabile) o per moduli separati opportunamente raccolti; in ogni caso essi dovranno essere sempre recuperabili.

5.01) Ogni consulenza si deve concludere con una refertazione scritta che deve essere consegnata al Paziente, disponibile per il Medico durante, e conservata in copia presso la struttura.

Punteggio	Livello di adesione
40	Ogni consulenza si conclude con una refertazione scritta che è disponibile al curante, copia della quale è conservata nell'U.O.
20	Ogni consulenza si conclude con una refertazione scritta che è disponibile al curante, copia della quale non è conservata nell' U.O.
0	Non vi è documentazione che tutte le consulenze si concludano con una refertazione scritta

5.02) Esiste un archivio per la conservazione delle cartelle cliniche e dei referti. L'archivio è facilmente consultabile; esiste regolamentazione del livello di accesso all'archivio da parte del personale e di chi ha accesso alla struttura.

Punteggio	Livello di adesione
20	Esiste un archivio dei referti, che sono costantemente e facilmente accessibili per il personale autorizzato
10	Esiste l'archivio dei referti, che non sono costantemente e facilmente accessibili per il personale autorizzato
0	Non esiste l'archivio dei referti

5.03) La cartella clinica del paziente ricoverato deve contenere:

Punteggio	Livello di adesione	Presenza
a 5	Anamnesi vascolare dettagliata	Si No
b 5	Es. obiettivo completo	Si No
c 5	Es. obiettivo vascolare	Si No
d 5	Programma diagnostico e terapeutico	Si No
e 5	Aggiornamento diario	Si No
f 5	Riassunto periodico e finale delle procedure diagnostiche e terapeutiche	Si No
g 5	Lettera di dimissione indirizzata al medico curante contenente anche le indicazioni per controlli successivi e modalità di accesso ambulatoriale	Si No

5.04) # 8° Criterio minimo

La scheda clinica del paziente ambulatoriale deve contenere:

* La refertazione delle procedure diagnostiche deve seguire le linee guida societarie (cfr.criterio 7.01)

Punteggio	Livello di adesione	Presenza
a 4	Dati anagrafici ed anamnestici del paziente	Si No
b 4	Peso ed altezza	Si No
c 4	Sintesi dello stato oggettivo	Si No
d 4	Sintesi delle procedure diagnostiche eseguite ad ogni osservazione*	Si No
e 4	Sintesi clinica e strategia a breve termine	Si No
f 4	Diagnosi e terapia	Si No
g 4	Appuntamento controllo successivo	Si No

5.05) Ogni Unità Operativa di Angiologia deve possedere dati per almeno il 50% dei seguenti temi:

Punteggio	Livello di adesione	Presenza
a 1	Numero dei pazienti assistiti annualmente in rapporto alla popolazione del relativo bacino di utenza	Si No
b 1	Numero dei pazienti visitati nell'ultimo anno	Si No
c 1	Numero e tipologia delle prestazioni eseguite giornalmente	Si No
d 1	Numero di accessi non programmati (pronto soccorso, urgenze)	Si No
e 1	Numero di consulenze (prestazioni) richieste da altre UO (nel caso di strutture ospedaliere)	Si No
f 1	Quantità ottimale di prestazioni fornite in rapporto al n. degli operatori	Si No
g 1	Quantità reale di prestazioni fornite in rapporto al n. di operatori	Si No
h 1	Numero di consulenze richieste da altre ASL	Si No

5.06) Esiste un sistema di reporting infermieristico

Punteggio	Livello di adesione
10	Esiste la cartella infermieristica
6	Esiste la scheda infermieristica
3	Esistono delle note infermieristiche sulla diaria

5.07) Viene redatta una relazione periodica sull'attività e lo stato della struttura che illustri il raggiungimento degli obiettivi ed il tasso di eventi indesiderati

Punteggio	Livello di adesione
10	Viene redatta una relazione periodica sullo stato/attività del UO, con illustrazione del raggiungimento degli obiettivi
5	Viene redatta una relazione periodica sullo stato/attività del UO, senza illustrazione del raggiungimento degli obiettivi
0	Non viene redatta una relazione periodica sullo stato/attività del UO

5.08) Vengono effettuate riunioni periodiche del personale della struttura, di cui deve esistere documentazione, preferibilmente con riassunto ed elenco dei partecipanti.

Punteggio	Livello di adesione
10	Vengono effettuate riunioni periodiche di cui esiste documentazione, con riassunto ed elenco dei partecipanti
5	Vengono effettuate riunioni periodiche di cui esiste documentazione, ma senza riassunto ed elenco dei partecipanti
0	Non esiste documentazione di riunioni periodiche

5.09) Sono disponibili appositi strumenti (bacheca di reparto, foglio informativo ecc.) per facilitare la circolazione delle informazioni all'interno della struttura e con strutture esterne.

Punteggio	Livello di adesione	Presenza
A 3	Bacheca di reparto	Si No
B 3	Foglio informativo	Si No
C 3	Altro (descrivere)	Si No

5.10) La comunicazione con altre strutture è svolta secondo procedure formalizzate e ne esiste documentazione.

Punteggio	Livello di adesione
5	La comunicazione con gli altri Servizi è regolata con procedure formalizzate
0	La comunicazione con gli altri Servizi non è regolata con procedure formalizzate

5.11) Devono essere definite le modalità di accesso e di prenotazione, e se ne deve dare informazione all'utenza ed alle altre Strutture dell'Azienda.

Punteggio	Livello di adesione
20	Sono definite le modalità di accesso e di prenotazione e sono rese note agli altri Servizi ed all'utenza
15	Sono parzialmente definite le modalità di accesso e prenotazione, oppure lo sono, ma non sono rese note agli altri servizi e/o all'utenza
0	Non sono definite le modalità di accesso e di prenotazione

5.12) Esiste una verifica periodica della validità del sistema informativo.

Punteggio	Livello di adesione
10	Esiste una verifica periodica della validità del sistema informativo
5	Esiste una verifica saltuaria della validità del sistema informativo
0	Non esiste una verifica della validità del sistema informativo

5.13) Esiste un referente del sistema informativo della struttura.

Punteggio	Livello di adesione
10	E' nominato un referente
0	Non è nominato un referente

5.14) Tutte le riparazioni della strumentazione sono registrate con definizione di tipo di problema, causa, costi.

Punteggio	Livello di adesione
5	Tutte le riparazioni della strumentazione sono registrate con definizione di tipo di problema, causa, costi

6. Valutazione e miglioramento

6.01) Esiste un documento che delinea le strategie per il miglioramento della qualità organizzativa ed assistenziale della struttura.

Punteggio	Livello di adesione
5	Esiste un documento che delinea le politiche/strategie per la qualità
0	Non esiste un documento che delinea le politiche/strategie per la qualità

6.02) E' nominato un responsabile del coordinamento delle attività di valutazione e promozione della qualità.

Punteggio	Livello di adesione
5	E' nominato un responsabile
0	Non è nominato un responsabile

6.03) Ogni struttura deve svolgere almeno un'attività focalizzata sulle procedure e sui risultati delle cure al paziente, e di tali attività deve esistere documentazione attendibile.

Interpretazione: ogni struttura deve produrre documentazione della propria attività di MCQ (miglioramento continuo della qualità) con particolare riferimento all'obiettivo prioritario già raggiunto e a quello su cui si sta lavorando. Si dovrà scegliere un problema, preferibilmente rilevante per gravità o frequenza, chiaramente definito nelle sue caratteristiche e dimensioni. La sua soluzione e le procedure adottate costituiscono l'obiettivo prioritario dell'anno (o di un periodo definito); i risultati ottenuti dovranno essere chiaramente misurabili e documentati.

Ottenuto il miglioramento sarà individuato un nuovo obiettivo prioritario ed avviata la procedura di miglioramento della quale dovrà esistere ulteriore documentazione (definizione dell'obiettivo prioritario dell'anno)

Punteggio	Livello di adesione
10	Esiste la documentazione di almeno un'attività
0	Non esiste la documentazione di tali attività

6.04) Sono documentabili le attività di valutazione predisposte dalla struttura, in particolare:

Punteggio	Livello di adesione	Indicazione
a 5	Verbal di riunioni periodiche per la valutazione dei singoli problemi	Si No
b 5	Attività VRQ	Si No
c 5	Risultati audit	Si No
d 5	Monitoraggio attraverso sistemi di indicatori	Si No
e 5	Completezza ed adeguatezza delle cartelle cliniche	Si No

6.05) L'aspetto VRQ include i seguenti punti:

Punteggio	Livello di adesione	Presenza
A 3	Valutazione del gradimento dei pazienti	Si No
B 3	Valutazione delle prestazioni attraverso una verifica multidisciplinare	Si No
C 3	Sistemi di Verifica Esterna della Qualità di analisi chimiche	Si No

6.06) Ogni struttura deve possedere i dati relativi a:

Punteggio	Livello di adesione	Presenza
A 2	Le proprie liste di attesa	Si No
B 2	Controlli a distanza (follow-up)	Si No
C 2	Tempo medio di prestazione	Si No

6.07) Devono essere documentate azioni per migliorare i problemi individuati e le verifiche a distanza di tempo, con cui viene valutata l'efficacia dell'intervento.

Punteggio	Livello di adesione
10	Sono documentate le attività migliorative e le verifiche nel tempo
5	Sono documentate le attività migliorative ma non le verifiche nel tempo
0	Non sono documentate attività migliorative

6.08) Il personale della struttura è coinvolto nella formulazione ed attivazione dei piani di miglioramento. I risultati di tali attività sono regolarmente comunicati al personale.

Punteggio	Livello di adesione
10	Il personale è coinvolto nella formulazione ed attivazione dei piani di miglioramento, ed è informato dei risultati delle attività
8	Il personale è coinvolto nella formulazione ed attivazione dei piani di miglioramento, ma non è informato dei risultati delle attività
0	Il personale non è coinvolto nella formulazione ed attivazione dei piani di miglioramento, e non è informato dei risultati delle attività

6.09) Notizie di incidenti, lamenti, suggerimenti, sono registrati, esaminati e discussi ai livelli adeguati.

Punteggio	Livello di adesione
10	Notizie di incidenti, lamentele, suggerimenti, sono registrati, esaminati e discussi a livelli adeguati
5	Notizie di incidenti, lamentele, suggerimenti, sono parzialmente registrati, esaminati e discussi a livelli adeguati
0	Non vi è documentazione che notizie di incidenti, lamentele, suggerimenti, siano registrati, esaminati e discussi a livelli adeguati

7. Linee guida e procedure

Le linee guida nazionali ed internazionali dovrebbero costituire il principio ispiratore dell'organizzazione sanitaria di ogni Struttura sanitaria di Angiologia. Esse riflettono gli standard professionali correnti, le regole fondamentali e gli obiettivi dell'assistenza al malato angiologico. E' auspicabile che ogni struttura sviluppi delle linee guida procedurali interne, per guidare il personale nelle attività e nella gestione della struttura stessa.

Tutto il personale dovrebbe essere attivamente coinvolto nella formulazione delle linee guida, i cui problemi prioritari dovrebbero riguardare l'esecuzione e la refertazione degli

esami diagnostici, le procedure di accoglienza del paziente in relazione alla patologia, la documentazione clinica, la tutela sanitaria nell'ambiente di lavoro. Le linee guida dovrebbero essere conformi (ove esistenti) con quelle dell'ospedale o dell'azienda sanitaria.

7.01) # 9° Criterio minimo

Presenza e accessibilità delle linee guida e dei protocolli adottati dalla struttura; nel caso di linee guida e protocolli interni devono chiaramente essere indicati i nomi degli autori o dei referenti e la data dell'ultima revisione.

Interpretazione: le linee guida ed i protocolli adottati (nazionali, internazionali, interni alla struttura) devono essere immediatamente disponibili in ogni ambiente di lavoro, preferibilmente redatte in forma sintetica (raccomandazioni di procedura). Per quanto attiene la modalità di esecuzione degli esami e dei test diagnostici, e la loro refertazione, dovranno essere adottate le linee guida societarie, pubblicate su Minerva Cardio Angiologica 2000 48(9):303 -356 Sono richieste linee guida specifiche per i

Punteggio	Linee guida e protocolli	Presenza	Nomi e data
a 2 2	Regimi di terapia intensiva in regime ambulatoriale o di ricovero	Si No	Si No
b 2 2	Interventi di educazione del paziente e/o dei familiari	Si No	Si No
c 2 2	Modalità di coordinamento per lo svolgimento delle prestazioni specialistiche necessarie	Si No	Si No
d 2 2	Modalità di applicazione delle misure di prevenzione primaria e secondaria	Si No	Si No
e 2 2	#Modalità per il prelievo, conservazione e trasporto dei liquidi biologici	Si No	Si No
f 2 2	#Modalità di esecuzione dei test diagnostici (secondo le Linee Guida Societarie)	Si No	Si No
g 2 2	#Smaltimento rifiuti e gestione del materiale infetto	Si No	Si No
h 2 2	#Rianimazione cardiopolmonare	Si No	Si No
i 2 2	Pulizie ordinarie, periodiche e straordinarie dell'ambiente e dell'attrezzatura	Si No	Si No
l 2 2	Rapporti con altre U.O.	Si No	Si No
m 2 2	#Refertazioni (secondo le Linee Guida Societarie)	Si No	Si No
n 2 2	Modalità di preparazione e somministrazione dei principali farmaci	Si No	Si No
o 2 2	#Prevenzione infortuni sul lavoro per i dipendenti	Si No	Si No
p 2 2	Gestione degli errori	Si No	Si No
q 2 2	Gestione di incidenti	Si No	Si No
r 2 2	Gestione di lamentele di pazienti	Si No	Si No
s 2 2	Modalità di esecuzione delle consulenze nei reparti e le figure che le svolgono	Si No	Si No
t 2 2	Procedure per prenotazione/accesso/dimissione	Si No	Si No

7.02) Le linee guida ed i protocolli sono facilmente e costantemente disponibili.

Punteggio	Livello di adesione
20	Sono tutti facilmente accessibili
10	Solo una parte è facilmente accessibile
0	Non sono facilmente accessibili

7.03) Le linee guida e le procedure sono revisionate e aggiornate almeno ogni 3 anni.

Punteggio	Livello di adesione
5	Sono revisionate ed aggiornate almeno ogni tre anni
3	Sono revisionate ad intervalli superiori ai tre anni
0	Non vi è evidenza di periodica revisione

7.04) Vi è evidenza che il personale è a conoscenza dell'esistenza e della collocazione delle linee guida.

Punteggio	Livello di adesione
5	Sono tutti facilmente accessibili
3	Solo una parte è facilmente accessibile
0	Non sono facilmente accessibili

7.05) Deve esistere documentazione scritta per definire:

Punteggio	Livello di adesione	Presenza
a 7	La tipologia dei pazienti che accedono all' U.O.	Si No
b 7	La frequenza desiderabile dei controlli	Si No
c 7	Le modalità con cui tali accessi sono regolamentati	Si No

8. Soddisfazione e sicurezza del personale

8.01) Devono essere previste modalità appropriate per la valutazione ed il monitoraggio del "clima interno" della struttura.

Punteggio	Livello di adesione	Presenza
a 3	Tasso di partecipazione alle attività di formazione	Si No
b 3	Dati su attività scientifica e produzione di linee guida	Si No
c 3	Tasso di assenza per malattia	Si No
d 3	Turn over del personale	Si No
e 3	Numero di procedure disciplinari	Si No
f 3	Numero di proteste dell'utenza o di altri servizi	Si No
g 3	Altre indagini sul clima interno	Si No

Sono a disposizione del personale procedure scritte per la prevenzione dei rischi e la gestione delle emergenze come l'improvvisa mancanza di energia elettrica, l'improvvisa indisponibilità di attrezzature, locali, personale, ecc.

Punteggio	Livello di adesione	Presenza
a 4	Procedure generali per la prevenzione ed il controllo di rischi	Si No
b 4	Procedure per la prevenzione della puntura accidentale	Si No
c 4	Prevenzione e controllo dei rischi da manipolazione di materiali pericolosi infetti, farmaci particolari	Si No
d 4	Piani specifici per fronteggiare eventuali situazioni di emergenza (piani anti incendio, piani di evacuazione e trasferimento)	Si No
e 4	Piani per lo smistamento dei casi più urgenti ad altre strutture in caso di indisponibilità dell'U.O.	Si No

9. Diritti e soddisfazione dell'utente

9.1) Vengono effettuate periodicamente indagini sulla soddisfazione dell'utente.

Punteggio	Livello di adesione
20	La rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti è eseguita ed analizzata regolarmente
10	La rilevazione è eseguita casualmente e non è prevista una riedizione periodica
0	Non è stata eseguita alcuna indagine sul grado di soddisfazione degli utenti e non esiste documentazione sull'intenzione di eseguirne

9.2) Esiste un opuscolo informativo sulla struttura, che riporti chiaramente:

Punteggio	Livello di adesione	Indicazione
a 4	Le modalità di accesso (anche telefonico)	Si No
b 4	Le informazioni utili all'utente	Si No
c 4	Informazioni sulla preparazione agli esami	Si No
d 4	Informazioni post-procedura	Si No
e 4	Orari ed organizzazione interna	Si No

9.3) Esiste un programma di attuazione della "Carta dei Servizi" riferito allo specifico ambito della struttura.

Punteggio	Livello di adesione
20	Esiste un programma di attuazione
10	Non esiste tale programma

9.4) I locali garantiscono la privacy dell'utente nonché la tutela e la sicurezza degli effetti personali dell'utente.

Punteggio	Livello di adesione
5	I locali garantiscono la privacy nonché la tutela e la sicurezza degli effetti personali dell'utente
2	I locali garantiscono la privacy dell'utente ma non la tutela e la sicurezza degli effetti personali dell'utente
0	I locali non garantiscono la privacy dell'utente né la tutela e la sicurezza degli effetti personali