

A- ISTRUZIONI PER L'USO DELLA MODULISTICA

STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE

Tipologia

La modulistica a disposizione per le strutture sanitarie pubbliche si distingue:

- per l'**ordine temporale** di utilizzo : fase di prima applicazione e fase a regime
- per l'**oggetto dell'attestazione**: requisiti di esercizio e requisiti di accreditamento.

Fase di prima applicazione

In fase di prima applicazione la modulistica è la seguente:

- modello 1 **attestazione possesso requisiti esercizio** struttura sanitaria pubblica,
- modello 2 **domanda rilascio accreditamento** istituzionale struttura sanitaria pubblica.

Attestazione requisiti esercizio

Per ogni edificio il Direttore generale descrive le attività sanitarie erogate al suo interno indicando:

- le tipologie di regime di erogazione delle prestazioni sanitarie (come da tabella 1 del modello di attestazione)
- le discipline (come da tabella 2 del modello di attestazione)
- le attività svolte per ciascuna disciplina (come da tabella 3 del modello di attestazione)
- le liste di autovalutazione (di cui all'Allegato 1 del presente decreto).

Per le discipline/attività accreditate ai sensi della LR 8/99 dopo il 1° gennaio 2007, purché senza prescrizioni, riportare nella colonna "Liste autovalutazione" gli estremi del decreto.

Durante la fase di prima applicazione in caso di nuova attività è possibile l'attestazione del possesso dei soli requisiti di esercizio specifici purché i restanti vengano attestati nel rispetto dei tempi previsti dall'art. 28 del Regolamento n. 61/R 2010.

L'attestazione del possesso dei requisiti di esercizio riguarda anche l'attività di libera professione intramoenia.

Attestazione requisiti accreditamento

L'Azienda sanitaria pubblica richiede l'accreditamento istituzionale per tutte le strutture organizzative funzionali interessate da uno o più percorsi di area clinico assistenziale. E' possibile richiedere l'accreditamento per singola struttura organizzativa funzionale utilizzando lo stesso modello.

In quest'ultimo caso ogni richiesta dovrà essere corredata di marca bollo.

Le Aziende sanitarie pubbliche attestano il possesso dei requisiti di accreditamento per le strutture organizzative funzionali utilizzando le tabelle dei requisiti, dalla n° 1 alla n° 11, in relazione alle tipologie prevalenti di attività erogate.

Le opzioni di risposta per ogni singolo **requisito** sono **affermativa** (si) o **negativa** (no).

Laddove il contenuto del requisito non è inerente alla struttura organizzativa funzionale oggetto di accreditamento è possibile utilizzare l'opzione **non pertinente** (n.p.); tale evenienza sarà approfondita in sede di successiva verifica a campione.

Laddove gli indicatori che misurano il requisito siano tutti non disponibili è possibile utilizzare l'opzione **non disponibile** (n.d.); nel caso in cui invece anche un solo indicatore che misura il requisito sia disponibile deve essere data risposta affermativa o negativa. Tale opzione è attuabile quando la fonte dati è esterna all'organizzazione.

La determinazione del calcolo del possesso dei requisiti di accreditamento, necessari per ogni singola struttura organizzativa funzionale ai fini dell'accreditamento istituzionale, non tiene conto dei requisiti la cui attestazione è non pertinente e/o non disponibile.

Laddove la fonte del dato per il calcolo dell'indicatore è esterna si utilizza l'ultimo dato disponibile. Nel caso la fonte del dato sia un monitoraggio interno e l'arco temporale di riferimento non sia indicato, tale arco per la rilevazione dell'indicatore è di un mese dell'anno 2011, a scelta discrezionale della struttura organizzativa funzionale, escluso agosto.

In relazione alla fase transitoria ogni qualvolta lo standard di riferimento per un indicatore è "miglioramento rispetto se stessi" è da intendersi come "raccolta del dato". Solo successivamente il dato iniziale diventerà il riferimento sul quale misurare il miglioramento rispetto se stessi.

Laddove la fonte dati fa riferimento alla cartella clinica l'utilizzo del termine è da intendersi in maniera estensiva includendo tutta la documentazione clinico-sanitaria a disposizione.

La **dimissione** ospedaliera è da intendersi come **fine della prestazione** o **chiusura del caso** per i servizi territoriali, a seconda dell'oggetto.

Per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile.

Allegati

Per la determinazione della percentuale di edifici e di strutture organizzative funzionali oggetto di attestazione e ai fini del rilascio **dell'accreditamento istituzionale dell'intera Azienda** il Direttore generale contestualmente al primo invio, trasmette:

- il numero totale degli edifici o il numero totale della superficie degli stessi espresso in metri quadri (mq),
- il numero totale delle strutture organizzative funzionali interessate da uno o più percorsi di area clinico assistenziale,
- l'organigramma, facendo riferimento al documento relativo al censimento delle strutture aziendali già richiesto e messo a disposizione del Centro GRC, in coerenza con quanto stabilito dal proprio Statuto aziendale (art. 50 LR 40/2005).

In caso di difformità rispetto ai requisiti di esercizio previsti il piano di intervento (art. 16 L.R. 51/09) è inviato unitamente all'attestazione relativa all'edificio individuato. E' possibile un documento aziendale finale.

Sito web

Al sito della Regione toscana, alla sezione “Salute”, in approfondimenti “Sistema Sanitario della Toscana”, all’interno di procedure “Autorizzazione e Accreditamento” sono reperibili i seguenti file scaricabili:

1. modello attestazione del possesso dei requisiti di esercizio
2. liste di autovalutazione ai fini dell’attestazione del possesso dei requisiti di esercizio
3. modello domanda di rilascio dell’accreditamento istituzionale
4. tabelle percorsi area clinico assistenziale ai fini dell’attestazione del possesso dei requisiti di accreditamento.

Sullo stesso sito è a disposizione per ciascun percorso uno strumento informatico (file excel) da utilizzare per l’elaborazione degli indicatori necessari ai fini della dichiarazione sostitutiva.

Invio

Le domande possono essere inviate:

- per posta, a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno o consegnate a mano nel qual caso verrà rilasciata ricevuta, all’indirizzo indicato in capo alla modulistica stessa;
- per posta elettronica certificata al seguente indirizzo:
regionetoscana@postacert.toscana.it.

Qualora venga utilizzata la modalità di PEC si deve procedere con l’invio PEC, con firma digitale, in formato pdf :

- del modello 1 attestazione possesso requisiti di esercizio firmato e delle liste di autovalutazione compilate
- del modello 2 domanda di rilascio accreditamento istituzionale firmato e delle tabelle per l’attestazione dei requisiti di accreditamento compilate.

Nel caso di domanda di accreditamento inviata per posta elettronica al posto della marca da bollo, nell’apposito riquadro, riportarne il numero identificativo.

Giorno indice

La rilevazione degli indicatori la cui fonte dati è la revisione delle cartelle o la documentazione clinica viene effettuata in un giorno indice su un campione rappresentativo calcolato sulla base dei volumi di attività dell’organizzazione in oggetto e su alcuni criteri statistici di base.

Il giorno indice è identificato nella stessa data per tutto il servizio sanitario regionale.

Le date individuate come giorno indice sono le seguenti:

- 27 maggio 2011 per le strutture organizzative funzionali che presentano domanda di accreditamento entro giugno;
- 29 luglio 2011 per le strutture organizzative funzionali che presentano domanda di accreditamento entro settembre;
- 7 ottobre 2011 per le strutture organizzative funzionali che presentano domanda di accreditamento entro dicembre.

Il **campione** deve essere rappresentativo dell’attività della struttura che attesta l’accreditamento e viene calcolato sulla base dei volumi di attività della stessa.

Nel caso in cui il campione di cartelle individuato fosse maggiore del numero di dimessi del giorno indice, si considerano i dimessi dei giorni precedenti al giorno indice fino a raggiungere il numero richiesto dal campione.

All'interno della struttura organizzativa funzionale, il campione deve essere ripartito per unità operativa in maniera **proporzionale** al volume di attività delle u.o. nella struttura

Per le strutture ospedaliere, si considerano i dimessi in ricovero ordinario e in day-surgery e i ricoverati in day-hospital medico; per le aree funzionali che non effettuano dimissioni ma solo trasferimenti (ad es. l'area critica) si considerano i ricoverati.

Per il percorso di cure primarie, si fa riferimento ai dimessi o ricoverati dagli ospedali di comunità, se presenti sul territorio.

Per l'attività di riabilitazione extraospedaliera, si fa riferimento ai ricoverati o che ricevono una prestazione.

Per le strutture residenziali e semiresidenziali, si fa riferimento ai ricoverati.

Per le strutture ambulatoriali, si fa riferimento agli utenti che hanno ricevuto una prestazione

Per le strutture con <2.000 dimessi/ricoverati/utenti l'anno il campione è pari al 5% dei dimessi

Per le strutture con >2.000 dimessi/ricoverati/utenti l'anno il campione è pari al 3% dei dimessi, con un minimo di 100 cartelle e un massimo di 200 cartelle. E' facoltativo aumentare il campione oltre le 200 cartelle.

Nel caso in cui il campione di cartelle individuato come oggetto di revisione fosse maggiore del numero di dimessi del giorno indice individuato, si considerano i dimessi dei giorni precedenti al giorno indice fino a raggiungere il numero richiesto dal campione.

SPECIFICHE AI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

M2 -Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo".
Lo standard è il 35%.

M3 -Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo".
Lo standard è il 35%.

M4 - Si considerano come fornitori esterni tutti quelli in outsourcing o comunque esterni all'azienda, come ad es. lavanderia, mensa, Estav, ... Per ogni struttura organizzativa funzionale sono da definire quelli che sono i fornitori esterni critici e rilevanti per l'organizzazione.

M7 - Si considerano i dipendenti che nell'indagine di clima alla domanda considerata hanno dato le risposte "Totalmente d'accordo" e "Molto d'accordo".
Lo standard è il 35%.

M8 - Nel caso in cui una struttura organizzativa funzionale non abbia né nuovi assunti né

nuovi inseriti il requisito è da intendersi non pertinente.

M10 - I documenti cartacei devono essere sostituiti dalla trasmissione digitale (es. RIS-PACS per la radiodiagnostica).

M11 *- E' necessario che ogni struttura organizzativa funzionale definisca quali sono le buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali pertinenti per il percorso per cui si accredita.

Per il conteggio di ogni buona pratica è necessario che questa sia implementata in almeno il 75% delle unità operative che compongono la struttura organizzativa funzionale e in cui la buona pratica è applicabile.

M12 - Ind. 1 E' necessario che le occasioni per il lavaggio delle mani siano definite da ogni struttura organizzativa funzionale con un'apposita check-list da utilizzare come strumento per effettuare il monitoraggio interno. Il facsimile di check-list è già disponibile nel relativo quaderno scaricabile dal sito GRC. L'osservazione, svolta da un operatore esterno al reparto, deve essere effettuata nell'arco di due settimane per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno cinquanta opportunità di lavaggio. L'osservazione deve riguardare tutte le categorie professionali che lavorano nell'unità operativa, ma il singolo operatore non deve essere osservato per più di 5 procedure consecutive.

E' possibile integrare i dati con un indicatore relativo alla contaminazione cutanea e ambientale.

Co-esiste con l'accREDITAMENTO istituzionale la modalità che permette ad una struttura organizzativa funzionale, ad una struttura semplice o complessa di sottoporsi su base volontaria alla valutazione secondo quanto proposto dalla delibera regionale 267 del 16/04/2007.

Lo standard dell'indicatore 1 per la fase di start up è da considerarsi pari al 40%.

Ind. 3 La fonte è il report dell'indagine ai pazienti ricoverati: si fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011. Sono stati esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva, nido, riabilitazione e lungodegenze.

M15 - Ind. 2 Il piano di prevenzione dei rischi può essere parte integrante del piano per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente aziendale.

M19 - Il condividere va inteso come coinvolgere. L'indagine ai pazienti ricoverati fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011, esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva, nido, riabilitazione e lungodegenze.

M21 - E' opzionale inserire come indicatore aggiuntivo il numero di mediatori culturali in attività per dipartimento.

M23 - Ind. 1 I documenti aziendali possono fare riferimento all'esistenza di servizi appositi, alla comunicazione e diffusione di tali servizi ai pazienti, alla carta dei servizi, alla planimetria, ...

Ind. 2 L'indagine ai pazienti ricoverati fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011, esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva, nido, riabilitazione e lungodegenze.

Per il percorso di emergenza-urgenza fare riferimento all'indagine 2009 ai pazienti del pronto soccorso e in particolare al comfort ambientale della sala d'attesa. Per il percorso di cure primarie fare riferimento all'indagine 2010 agli utenti dei servizi distrettuali.

M25 - L'indagine ai pazienti ricoverati fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011, esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva, nido, riabilitazione e lungodegenze.

M26* - L'indagine ai pazienti ricoverati fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011, esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva, nido, riabilitazione e lungodegenze.

Per il percorso di emergenza-urgenza fare riferimento all'indagine 2009 ai pazienti del pronto soccorso. Per il percorso di cure primarie fare riferimento all'indagine 2010 agli utenti dei servizi distrettuali.

M27 - La buona pratica è attualmente in via di deliberazione, ma è già stata approvata dal CSR

M28 - Ind. 1 E' necessario che i piani formativi in corso di redazione o da redigere includano corsi sulla comunicazione al paziente.

Ind. 2 - L'indagine ai pazienti ricoverati fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011, esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva, nido, riabilitazione e lungodegenze.

Per il percorso di emergenza-urgenza fare riferimento all'indagine 2009 ai pazienti del pronto soccorso. Per il percorso di cure primarie fare riferimento all'indagine 2010 agli utenti dei servizi distrettuali.

Per la fonte considerare come tempo di riferimento i corsi realizzati e da realizzare nell'arco di tempo 2008-2012.

M29 - L'indagine ai pazienti ricoverati fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011, esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva, nido, riabilitazione e lungodegenze. Per il percorso di emergenza-urgenza fare riferimento all'indagine 2009 ai pazienti del pronto soccorso.

M30 - L'indagine ai pazienti ricoverati fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011, esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva, nido, riabilitazione e lungodegenze.

M31* - Ind. 1 e Ind. 2 Se più di 2 strutture sono coinvolte nello stesso audit, questo è da considerare per un massimo di 2 strutture.

Il denominatore è: Numero di strutture complesse o strutture semplici dipartimentali.

Ind. 3 - Lo standard relativo alle azioni di miglioramento è valido solo per gli audit e non per le M&M.

M34 - Per l'elaborazione dell'indicatore fare riferimento alla scheda di calcolo MeS, in particolare si segnala che sono esclusi i ricoveri relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409,410,492) Inoltre sono esclusi i pazienti con reparto di ammissione in psichiatria; il requisito infatti non è da considerare per il percorso di salute mentale, che fa riferimento invece al requisito apposito SM 1.3.1

M35 - L'indagine ai pazienti ricoverati fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011, esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva, nido, riabilitazione e lungodegenze. Per il percorso di emergenza-urgenza fare riferimento all'indagine 2009 ai pazienti del pronto soccorso. Per il percorso materno-infantile fare riferimento all'indagine 2010 alle donne che hanno effettuato il percorso nascita. Per il percorso di cure primarie fare riferimento all'indagine 2010 agli utenti dei servizi distrettuali.

Ind. 2 Per il percorso di emergenza-urgenza fare riferimento alla domanda ai pazienti “In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?”

M36* - E' necessario dichiarare in ciascun dipartimento quali sono gli strumenti di indirizzo clinico terapeutico assistenziale da monitorare con dei report periodici e il criterio di revisione. Per ciascuno strumento valutarne l'applicazione in cartella clinica e registrare i risultati delle revisioni delle cartelle. Il requisito è soddisfatto se vengono redatti report per almeno il 70% degli strumenti clinico-terapeutici in uso.

Il numero minimo di protocolli da monitorare è 3, devono essere protocolli condivisi fra tutti i professionisti dell'organizzazione e i report devono essere redatti almeno 2 volte l'anno.

Basso peso molecolare, e non peso molecolare semplice.

La tipologia di fonte è: revisione delle cartelle non necessariamente le stesse indicate nel giorno indice. (In questo caso è possibile scegliere cartelle cliniche diverse da quelle individuate per il giorno indice purchè in coerenza con i protocolli richiamati nel requisito).

M38 - Ind. 1 Esclusi i pazienti non eligibili per il MEWS.

Ind. 2 - L'indicatore è sospeso

Ind. 3 - Aggiungere “inaspettate”. L'indicatore diventa dunque “% di morti inaspettate per Arresto Cardiaco Respiratorio”.

M39 - Ind. 1 Per i pazienti in pronto soccorso che permangono meno di 12 ore si consideri come standard base 2 registrazioni.

M39 - Ind. 5 L'indagine ai pazienti ricoverati fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011, esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva, nido, riabilitazione e lungodegenze. Per il percorso di emergenza-urgenza fare riferimento all'indagine 2009 ai pazienti del pronto soccorso.

M40* - Si fa riferimento al grado di autosufficienza del paziente. E' da considerare opportuna la valutazione delle cartelle infermieristiche o delle cartelle cliniche integrate.

M41 - L'indagine ai pazienti ricoverati fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011, esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva, nido, riabilitazione e lungodegenze.

M44 - Ind. 2 L'indagine ai pazienti ricoverati fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011, esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva, nido, riabilitazione e lungodegenze.

M47* - Ind. 2 Il denominatore è il numero di cartelle cliniche revisionate.

M48 - L'indagine ai pazienti ricoverati fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011, esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva, nido, riabilitazione e lungodegenze.

M49*- Ind. 3 L'indicatore è da intendersi come segue: “% di dimissioni con attivazione ADI”, il numeratore come “N. di dimissioni con attivazione ADI” e il denominatore come “N. dimissioni”. E' necessario indicare in cartella l'attivazione di Assistenza domiciliare integrata come modalità di dimissione.

M50 - L'indagine ai pazienti ricoverati fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011, esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva,

nido, riabilitazione e lungodegenze.

M52 - L'indagine ai pazienti ricoverati fa riferimento ai dimessi in regime di ricovero ordinario nei mesi di gennaio-aprile 2011, esclusi i reparti di rianimazione, terapia intensiva, nido, riabilitazione e lungodegenze.

Ind. 1 - il denominatore è da intendersi con il numero dei pazienti intervistati e non il totale dei pazienti

C2.1.2 - Ind. 1 L'indicatore è “% interventi classe di priorità A (tra cui gli oncologici) erogati entro 30 gg dalla prenotazione” e il numeratore “Numero di interventi classe di priorità A erogati entro 30 gg dalla prenotazione”.

C3.1.2 – Ind. 2 La fonte è identificabile in SDO e cartelle cliniche (giorno indice)

C3.2.2 - Ind. 1 Fare riferimento a tutte le sale operatorie afferenti al Dipartimento.

ONC 2.1 - Ind. 2 Lo standard è la raccolta del dato, il 70% è un obiettivo a tendere. La scheda di valutazione va inclusa nella cartella clinica.

ONC 2.1.1- Ind. 2 Il denominatore è “Numero pazienti seguiti”.

ONC 3.2.1 - Ind. 1 30 gg e non 25 gg, ovvero l'indicatore è “% pazienti che iniziano la chemioterapia entro 30 gg dall'intervento chirurgico” e il numeratore è “Numero pazienti che iniziano la chemioterapia entro 30 gg dall'intervento chirurgico”.

Ind. 1 e Ind. 2 La tipologia fonte è: monitoraggio interno.

SCREE 2.1 - Ind. 2 Da non considerare perché già presente nel requisito 1.1.2

SCREE 2.2 - Considerare gli standard regionali ovvero: 80% per il mammografico, 70% per il colon retto e 60% per la cervice uterina.

SCREE 3 - Ind. 2 Il tempo stabilito è 30 gg, per cui lo standard per la cervice è >90% entro 30 gg dalla data del test.

SCREE 4.1 Si fa riferimento al tumore della mammella.

ME 1.1.1 - L'indicatore è da intendersi come segue: “% dimissioni con DRG Medico LEA sulle dimissioni con DRG Medico” e il numeratore come “N. dimissioni con DRG Medico LEA e il denominatore N. dimissioni con DRG Medico”.
Lo standard è pari a 24,5%.

ME 3.1.1 - Non considerare il limite di 70 anni.

IC1.1.1 - Esclusi i pazienti non eligibili per il MEWS.

IC1.1.2 – Ind. 2 La fonte è la revisione delle cartelle (giorno indice), la % di deceduti per arresto cardiaco è da intendersi arresto cardiaco inatteso.

IC2.1 - Ind. 1 Lo standard base 50%

Ind. 2 I pazienti di terapia intensiva non rientrano nell'indagine ai ricoverati.

MAN 2.2.1 - Ind. 2 Lo standard è il miglioramento rispetto a sé stessi, il 70% è un obiettivo a tendere.

MAN 3.2.2 - Ind. 1 % di parti vaginali eligibili realizzati con analgesia. Numeratore: Numero di parti vaginali eligibili realizzati con analgesia. Denominatore: Totale dei parti di cartelle cliniche revisionate.

ER 1.1 - Si fa riferimento ai pazienti con codice verde, azzurro e bianco, visto che i pazienti con codice rosso e giallo sono spesso in una condizione tale da non poter prestare attenzione al codice colore loro attribuito.

ER 1.1.1 - Si fa riferimento ai pazienti con codice verde, azzurro e bianco, visto che i pazienti con codice rosso e giallo sono spesso in una condizione tale da non poter prestare attenzione al codice colore loro attribuito.

ER 2.1 - La struttura deve specificare i suoi percorsi di rete per valutare appropriatamente gli indicatori proposti.

ER 2.3.1 - La struttura deve condividere la tempistica con le altre strutture interessate (Radiologia, Laboratorio, Traumatologia etc...).

ER 3.1 - L'indicatore è da intendersi come segue: “% pazienti con reingresso in PS entro 48 ore per lo stesso motivo di salute del primo accesso rispetto a quelli dimessi a domicilio” e il numeratore come “pazienti con reingresso in PS entro 48 ore per lo stesso motivo di salute del primo accesso”.

CP2.1-Si fa riferimento alla revisione dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali.

CP2.2 - Si fa riferimento agli indicatori di processo dei moduli della sanità d'iniziativa.

CP2.3 - Il requisito è da intendersi come segue: “L'unità funzionale garantisce una gestione efficace dell'ADI in dimissione dall'ospedale” e l'indicatore come “% delle ADI in dimissione dall'ospedale attivate nel tempo predeterminato dall'Azienda”.

RIAB 1.2 - Ind. 3 Aggiungere allo standard la nota: non applicabile alle organizzazioni che operano per la disabilità neuropsichica.

RIAB 2.1.1.2 - Ind. 1 Lo standard è il 10%.

RIAB 2.1.2.2 - Ind. 1 Lo standard è il 10%.

RIAB 3.3.1 - Ind. 1 Lo standard è il 10%.

N.B. Con nota successiva del dirigente verranno date le specifiche dei requisiti di accreditamento per l'area della salute mentale e delle dipendenze patologiche.