



ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

- I PARTE -

REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI
struttura organizzativa

ANALISI DEI REQUISITI

42

2. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

2.1 ANALISI DEI REQUISITI



ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

- I PARTE -

REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI **struttura organizzativa**

ANALISI DEI REQUISITI

43

Questa sezione del D.A. 890/2002 comprende 7 requisiti identificati dalla sigla **SROR1.1A**, i cui contenuti essenzialmente rappresentati dalla richiesta di definire e formalizzare:

- l'organizzazione e delle politiche di gestione delle risorse umane ed economiche
- le modalità di gestione delle attività amministrative generali,
- le modalità di gestione della documentazione comprovante l'attività sanitaria,
- le modalità con cui si garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze o di eventi imprevisti, e la gestione delle emergenze;
- percorsi diagnostici e protocolli terapeutici.

2.1.1 Organizzazione e politiche di gestione delle risorse umane ed economiche

La definizione dell'organizzazione e della politica di gestione delle risorse umane ed economiche è necessaria per il conseguimento degli obiettivi (requisito SROR1.1A022)^a.

2.1.2 Modalità di gestione delle attività amministrative generali

Le attività amministrative generali ritenute rilevanti sono:

- le modalità di accesso alle prestazioni;
- la gestione dei tempi di attesa;
- l'acquisizione del consenso informato;

^a La direzione definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche, generali e per singolo presidio, articolate per attività ambulatoriali e attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e post-acuti)



ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

- I PARTE -

REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI struttura organizzativa

ANALISI DEI REQUISITI

44

- la refertazione (requisito SROR1.1A023^a).

2.1.3 Modalità di gestione della documentazione comprovante l'attività sanitaria

Il sistema documentale costituisce un elemento rilevante che presenta numerose criticità in tutte le organizzazioni, e la definizione delle modalità di gestione della documentazione rappresenta un requisito chiave in tutti i modelli dei sistemi qualità.

I requisiti della struttura organizzativa enfatizzano le modalità di gestione della documentazione comprovante l'attività sanitaria (requisito SROR1.1A024^b), modalità richiamate nella sezione sistema informativo ed in altre parti del D.A relative ai requisiti specifici.

In questa sezione vengono definite le modalità di gestione del referto più ampiamente richiamati nella sezione relativa alle attività ambulatoriali (requisiti SROR.2.1.025^c, SROR.2.1.026^d, SROR.2.1.027^e, SROR.2.1.028^f e SROR.2.1.029^g).

^a La direzione definisce le procedure amministrative generali, per singolo presidio e per struttura organizzativa e i collegamenti operativo funzionali tra i servizi tecnico-amministrativi ed i servizi sanitari

^b La direzione definisce le procedure relative ai documenti comprovanti l'attività sanitaria (nota: con particolare riferimento alle modalità di compilazione e refertazione (le modalità di refertazione devono consentire l'identificazione dell'operatore principale e/o del responsabile); modalità di conservazione; modalità di archiviazione)

^c Il referto contiene la data di erogazione della prestazione, la tipologia della prestazione e l'identificazione utente

^d Sul referto è presente l'identificazione del responsabile e la sua firma (la firma deve risultare leggibile)

^e Il referto contiene, ove previsti, le conclusioni diagnostiche e l'indicazione degli accertamenti e/o terapie e/o programmi riabilitativi

^f Le registrazioni e le copie dei referti vengono conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente

^g Una copia del referto viene consegnata all'utente



ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

- I PARTE -

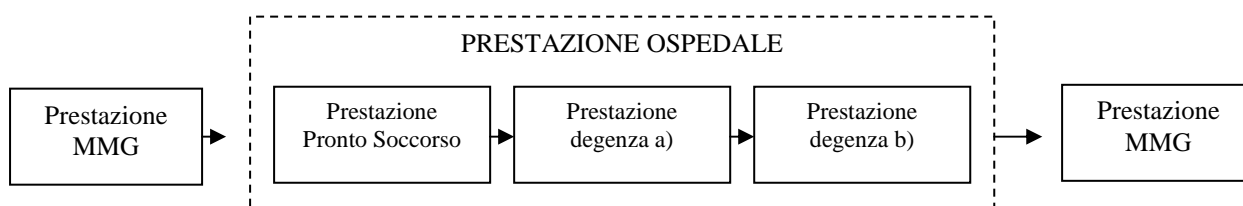
REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI struttura organizzativa

ANALISI DEI REQUISITI

45

2.1.4 **Modalità con cui si garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze o di eventi imprevisti e la gestione delle emergenze**

La continuità assistenziale rappresenta un importante fattore di qualità che di solito si riferisce alla conclusione della prestazione. Nella sequenza dei processi clinico assistenziali, talora, gli elementi in uscita di una prestazione costituiscono gli elementi di entrata di una successiva prestazione. Anzi spesso l'output di una prestazione influenza l'out della successiva.



Questa stretta correlazione della sequenza delle prestazioni necessita di strumenti organizzativi e documentali che ne garantiscano la corretta continuità assistenziale che non può essere interrotta neanche all'interno di una unica struttura organizzativa per eventi imprevisti o urgenze.

La pianificazione della struttura organizzativa pertanto non può prescindere dalla identificazione delle modalità con le quali vengono gestiti gli eventi clinici ed organizzativi (requisito SROR1.1A025^a), con l'obiettivo di garantire la continuità dell'assistenza. Tale obiettivo è più volte richiamato nel D.A. nella

^a La direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze o di eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici), per l'intero orario di apertura della struttura e le procedure di gestione delle emergenze



ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

- I PARTE -

REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI struttura organizzativa

ANALISI DEI REQUISITI

46

parte speciale (requisito SRTE.2.1.1E.012^a, SRIM.3.1.1B.016^b, SROR.2.1.1G.034^c, SROR.2.1.1G.035^d, SROR.2.1.1G.036^e, SROR.3.1.1A.029^f, SROR.3.1.1B.043^g, SROR.2.1.1E.022^h, SROR.2.1.1C.0123ⁱ), anche rispetto all'obiettivo di ridurre i disagi per gli utenti (requisito SROR.2.1.032^j).

Inoltre i requisiti della struttura organizzativa richiedono la definizione e la diffusione al personale delle modalità di gestione delle emergenze (requisito SROR1.1A027^k) attraverso la disponibilità di risorse, modelli organizzative e procedure che permettano di pianificare l'organizzazione di una emergenza, come peraltro più specificatamente richiamato nei requisiti speciali riferiti all'era degenza.

^a Per l'endoscopia digestiva e tracheobronchiale, è garantita la presenza di un numero di endoscopi, fonti di luce, accessori tale da permettere il completamento delle indagini terapeutiche anche in caso di guasti o rotture improvvisi

^b Si dispone di gruppo elettrogeno e gruppo di continuità, dimensionati alle reali esigenze del reparto in relazione ai posti letto

^c Nel caso in cui siano eseguiti interventi in anestesia generale sono definite e documentate le modalità secondo le quali è organizzata la reperibilità medica durante l'orario di chiusura del presidio

^d Nel caso in cui siano eseguiti interventi in anestesia generale è definito e documentato il rapporto con un presidio, raggiungibile entro un tempo congruo, che garantisca il ricovero in caso di complicanze o di impossibilità al trasferimento del paziente al proprio domicilio

^e Nel caso in cui siano eseguiti interventi in anestesia generale sono rese note al paziente, per iscritto, le modalità per attivare il servizio di pronta disponibilità

^f E' garantita una tempestiva risposta alle situazioni di emergenza-urgenza attraverso la definizione dei collegamenti funzionali ed operativi con le varie strutture organizzative interessate

^g L'organizzazione del lavoro prevede le procedure per fornire risposte adeguate sia alle richieste routinarie sia alle richieste in emergenza-urgenza intraospedaliera ed a livello del pronto soccorso del DEU (Dipartimento Emergenza Urgenza)

^h Esiste un regolamento che preveda i processi da attivare in caso di guasti o rotture improvvisi delle apparecchiature durante l'esecuzione di indagini diagnostiche

ⁱ Qualora vi fosse disponibilità di una sola gamma camera, si è provveduto alla formalizzazione di un protocollo di collaborazione con un'altra unità operativa di medicina nucleare, in modo da garantire la continuità terapeutica in caso di guasto alle apparecchiature

^j Sono adottate misure al fine di ridurre al minimo i tempi di attesa e i disagi per gli utenti

^k La direzione assicura che siano codificate le procedure di gestione delle emergenze e provvede alla loro diffusione nei confronti del personale



ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

- I PARTE -

REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI **struttura organizzativa**

ANALISI DEI REQUISITI

47

2.1.5 Percorsi diagnostico-terapeutici

Con il termine di percorso diagnostico-terapeutico si intende un documento interno che fornisce delle raccomandazioni sulle modalità di gestione di un evento clinico, risultato dalla contestualizzazione locale di una linea guida.

Le raccomandazioni cliniche assumono un ruolo chiave nella struttura organizzativa (requisito SROR1.1A028^a) in quanto permette la elaborazione di un percorso assistenziale basato:

- sulle evidenze e non sulle consuetudini che conducono talora alla erogazione di prestazioni inappropriate ed inefficaci, con conseguente ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse;
- sul consenso, in quanto alla sua elaborazione concorrono le specialità coinvolte nella gestione dell'evento clinico,

rappresentando inoltre uno strumento efficace per:

- l'aggiornamento del personale, in quanto le raccomandazioni cliniche contenute nel percorso diagnostico-terapeutico permettono alle buone evidenze di raggiungere rapidamente il professionista e quindi la pratica clinica;
- il monitoraggio delle attività in relazione agli scostamenti da quanto previsto da un percorso diagnostico-terapeutico,

^a Sono adottati percorsi diagnostici e protocolli terapeutici atti a garantire la minimizzazione dei costi, la riduzione dei tempi di attesa, l'appropriatezza delle prestazioni, l'efficacia, l'efficienza, la qualità e l'umanizzazione dei trattamenti interpersonali



ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

- I PARTE -

REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI **struttura organizzativa**

ANALISI DEI REQUISITI

48

- la gestione del rischio clinico, fornendo un modello comportamentale, che pur rispettoso dell'autonomia professionale, in specifiche condizioni cliniche assiste l'operatore nelle scelte diagnostiche e/o terapeutiche,
- la programmazione dell'acquisizione di nuove tecnologie sulla base dei criteri di appropriatezza identificati dalle linee guida di riferimento.